

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de
salud de la Victoria 2019**

Autoras:

Bach. Enf. Tarrillo Ramos, Lucia Elizabeth

Bach. Enf. Torres Orozco, Flor De Maria

Asesora:

Mg. Castro Aquino, Rosario Clotilde

Lambayeque, Perú

2022



Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de salud de la Victoria 2019

Autoras:

Bach. Enf. Tarrillo Ramos, Lucia Elizabeth

Bach. Enf. Torres Orozco, Flor De Maria

Asesora:

Mg. Castro Aquino, Rosario Clotilde

Lambayeque, Perú

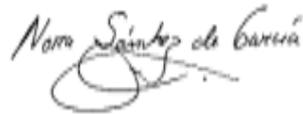
2022

Aprobado por:



Dra. Vallejos Sosa, Tomasa

Presidenta del Jurado



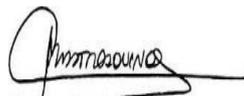
Mg. Nora Elisa Sánchez de García

Secretaria del Jurado



Mg. María Rosa Baca Pupuche

Vocal del Jurado



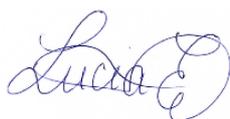
Mg. Castro Aquino, Rosario Clotilde

Asesora

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

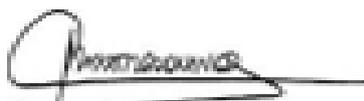
Yo, Rosario Clotilde Castro Aquino docente asesora de la Tesis titulada “Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de Salud de la Victoria 2019.”; presentada por las Bachilleres en Enfermería Tarrillo Ramos, Lucia Elizabeth y Torres Orozco, Flor De Maria. Dejo constancia a través del presente documento, que el presente informe tiene un porcentaje de similitud de 17 % en sistema TURNITIN Recibo 1800638223 03-abr.-2022 07:34p. m. (UTC-0500)

Lambayeque, 3 de abril de 2022



Bach. Enf. Tarrillo Ramos, Lucia Elizabeth

Bach. Enf. Torres Orozco, Flor de Maria

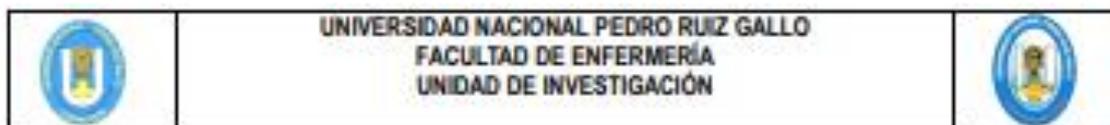


Mtra. Rosario Clotilde Castro Aquino

Asesora

ORCID.ORG/0000-0002-9678-4262

COPIA DE ACTA DE SUSTENTACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 006-2022-UI-FE



Siendo las 11.10 am. del día 25 de marzo de 2022, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/jym-qixg-rhs?authuser=1>, los miembros de jurado evaluador de la tesis titulada: **Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de Salud de la Victoria 2019**, designados por **DECRETO N° 001-2020-UI-FE 3 de enero del 2020, modificado con Decreto N° 001-V-2022-D-FE del 5 de enero de 2022**, con la finalidad de Evaluar y Calificar la sustentación de la tesis antes mencionada, conformados por los siguientes docentes:

Dra. Tomasa Vallejos Sosa Presidenta

Mg. Nora Elisa Sánchez de García Secretaria

Mg. María Rosa Baca Pupuche Vocal

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino Asesora

El acto de sustentación fue autorizado por **DECRETO N° 027-V-2022-D-FE** de fecha 23 de marzo de 2022.

La tesis fue presentada y sustentada por los bachilleres: **TARRILLO RAMOS, LUCIA ELIZABETH Y TORRES OROZCO, FLOR DE MARIA** tuvo una duración de **90 minutos**. Después de la sustentación, y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros del jurado; se procedió a la calificación respectiva, otorgándole el calificativo de dieciocho (18), mención **MUY BUENO**.

Por lo que quedan APTAS para obtener el **Título Profesional de Licenciada en Enfermería**, de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Enfermería y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 12.45 pm., se dio por concluido el presente acto académico, con la firma de los miembros del jurado.

Dra. Tomasa Vallejos Sosa
Presidenta

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
Secretaria

Mg. María Rosa Baca Pupuche
Vocal

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, a la Virgen María y al
Señor Cautivo de Ayabaca a
quienes debemos todo lo que
somos.

A nuestros seres queridos por
todo el amor, respeto,
comprensión y apoyo brindado
durante toda nuestra vida

A las personas que nos
brindan su apoyo y amistad
sincera

Las autoras

AGRADECIMIENTO

A las enfermeras y familias que pertenecen al centro de salud de la Victoria donde se llevó a cabo la investigación, ellas los principales colaboradores de este estudio. Nuestro más sentido y profundo agradecimiento por brindarnos sus vivencias personales y profesionales, y la entrega incondicional de su tiempo y sinceridad no hubiera sido posible concretizar esta investigación. Gracias por permitirnos obtener y sistematizar la información en pro a esas familias partícipes del estudio, a los cuales cuidan y sobre quienes recaerá los beneficios de este estudio, al mejorar la calidad de cuidado enfermero que reciban.

A la Mg. Lucia Chanamé Carretero de Hernández, por ser la primera asesora con quien concretamos el proyecto de investigación, a la Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino, quien accedió a asesorarnos para culminar este trabajo de investigación, nuestro más profundo agradecimiento por su dedicación, paciencia y su calidad personal y profesional, a ellas nuestra gratitud.

A nuestras familias y amigas por brindarnos su amistad sincera, gracias por creer en nosotras, por cuidarnos en los momentos más difíciles en los que su compañía nos ha sido vital.

Las autoras

INDICE

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	iv
COPIA DE ACTA DE SUSTENTACIÓN	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	5
CAPÍTULO II	14
CONSIDERACIONES FINALES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS	58
ANEXOS	65

RESUMEN

El cuidado enfermero al sistema familiar durante la visita domiciliaria es un tema poco investigado y de alta relevancia para crear familias saludables, motivó por el cual se realizó esta investigación. El objetivo de la investigación con enfoque cualitativo con abordaje estudio de caso fue describir el cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de Salud de la Victoria 2019, los informantes fueron seis enfermeras y diez familias. Se utilizó la entrevista a profundidad validada a juicio de tres expertos para la recolección de datos. Emergieron cuatro categorías: referente teórico como sustento del cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria, la valoración a la familia y su instrumento: ficha familiar, intervenciones de enfermería en el eje de la salud individual: etapa niño, adolescente, gestante, adulto y adulto mayor y develando limitaciones en la relación de ayuda a la familia durante la visita domiciliaria. concluyéndose en que las enfermeras conciben a la familia como sistema, donde emplean la ficha familiar como instrumento de valoración y el APGAR familiar para valorar las relaciones internas, realizan intervenciones en los tres niveles de prevención centrándose en las dimensiones biopsicosociales, reconociendo el beneficio de la interdisciplina para lograr un cuidado integral, respetan la dignidad de los miembros de la familias al llamarlos por su nombre, no hacen referencia a la exploración sentimientos lo que puede interferir en el establecimiento de la confianza enfermera- familia.

Palabras clave: Cuidado a la Familia, visita domiciliaria, Cuidado enfermero

SUMMARY

Nursing care for the family system during home visit is a subject that has been little investigated and is highly relevant to creating healthy families, which is the reason why this research was carried out. The objective of the research with a qualitative approach with a case study approach was to describe the nursing care to the family during the home visit in a health center in Victoria 2019, the informants were six nurses and ten families. The in-depth interview validated in the opinion of three experts was used for data collection. Four categories emerged: theoretical reference as support of nursing care to the family during the home visit, assessment of the family and its instrument: family record nursing interventions in the axis of individual health: child, adolescent, pregnant, adult and older adult stage and revealing limitations in the relationship of help to the family during the home visit. concluding that nurses conceive the family as a system, where they use the family record as an assessment instrument and the APGAR family to assess internal relationships, they carry out interventions at the three levels of prevention focusing on biopsychosocial dimensions, recognizing the benefit of interdisciplinary to achieve comprehensive care, they respect the dignity of family members by calling them by name, they do not reference to the exploration of feelings, which can interfere with the establishment of nurse-family trust.

Keywords: Family Care, home visit, Nursing care

INTRODUCCIÓN

La familia constituye la unidad natural y fundamental para el desarrollo humano y de la sociedad, y goza de derecho a ser protegida por la sociedad y por el estado (1), por lo que el cuidado a la familia ha sido priorizado en todos los países en sus diversos sectores, incluyendo al de salud.

En el país se ha creado modelos para promover la salud familiar, en el año 2003 se creó el Modelo de atención integral en salud, luego en el año 2011 se replanteó crear un modelo más complejo que cubra más necesidades dando como resultado El Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAISBFC), insertando el término integralidad y continuidad como estrategia para la atención a las familias y sus miembros (2).

En el año 2020 se aprueba con resolución N° 030-2020/MINSA el Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI), el que plantea que el cuidado a la familia tiene acciones promotoras, preventivas, recuperativas y rehabilitadoras de salud para lograr el adecuado funcionamiento familiar, contribuyendo así al desarrollo pleno de sus miembros y constituir una familia saludable (3). En resumen, un cuidado integral digno que busca incentivar comportamientos saludables y buenas prácticas.

El sujeto de cuidado de la enfermera es la familia, que se puede cuidar desde su hogar a través de la visita domiciliaria, herramienta que permite contactar con la cercanía e intimidad familiar teniendo como finalidad repararla, acompañarla en procesos, orientarla, dar contención y vigilar. Además, es una acción diferenciada de gran relevancia, para la intervención con enfoque familiar (4). Las visitas domiciliarias, han constituido un medio rico para que los profesionales de salud interactúen con las familias en su hogar.

A nivel internacional la visita domiciliaria se ha convertido en una acción necesaria y fundamental donde los profesionales de Enfermería deberán estar perfectamente formados y cualificados para hacer frente a este tipo de atención, dando en todo momento

respuestas, soluciones y cuidados que estén encaminados al mantenimiento o recuperación de la salud, la visita domiciliaria ayuda clarificar el rol de enfermería durante las mismas, es por ellos que se ha convertido en una estrategia necesaria para la salud de la familia (5,6).

A nivel local, durante las prácticas pre profesionales de las investigadoras, en la visita domiciliaria se pudo vivenciar que el cuidado de Enfermería a las familias de las comunidades se orienta hacia la solución de problemas físicos de manera individual y la adopción de estilos de vida saludable relacionado con alimentación y nutrición, higiene, actividad física; dejando de lado la solución de problemas de la unidad familiar.

Además, las visitas domiciliarias realizadas por las enfermeras a nivel local, según lo referido por los pobladores, indica que la mayoría de las visitas son realizadas cuando hay un niño menor de 5 años, gestantes, adulto mayor o alguna persona que necesite seguimiento por problemas de salud crónica, así como hay algunos que refieren no haber recibido alguna visita domiciliaria por la enfermera. Al mismo tiempo, se pudo observar que en las fichas familiares los aspectos referidos al plan de atención a la familia (PAIFAM) no se registra información.

Esto podría indicar que no se estaría cuidando de manera holística a la familia, limitándose a la dimensión biológica e individual de sus miembros. Frente a la problemática presentada, surgieron las siguientes preguntas: ¿Brindan un cuidado holístico a las familias?, ¿Qué cuidado realizan las enfermeras con la familia durante la visita domiciliaria?, ¿Las enfermeras velan por el funcionamiento del sistema familiar durante la visita domiciliaria?, ¿las enfermeras promueven la salud durante la visita domiciliaria?, ¿las enfermeras ayudan a identificar factores de riesgo en la familia durante la visita domiciliaria? ¿Las familias logran cambios significativos en los comportamientos y entorno de la familia?

La problemática descrita y las interrogantes planteadas orientaron a la formulación del problema de investigación ¿Cómo cuida la enfermera a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de salud de la Victoria 2019; definiendo al objeto de estudio cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria como aquel proceso interpersonal que integra actitudes y comportamientos, acciones de promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, continuos y de calidad, sustentados en conocimientos científicos, humanísticos, experiencias y pensamiento crítico, brindado a la familia en su entorno inmediato, desarrollando su máximo potencial para transformarla en una familia saludable en la que sus miembros son agentes activos en las decisiones para su salud. El objetivo de la investigación fue describir el cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de Salud de la Victoria 2019.

La familia es un sistema social activo y abierto que vive y se desarrolla entre personas de diferente sexo y estadio de maduración física mental, social y espiritual que están unidas por vínculos consanguíneos, afectivos, de adopción o cohabitaciones. Esta unidad social cumple funciones específicas transcendentales para el desarrollo y formación de los integrantes. En el sistema familiar todos los elementos participan en cualquier arreglo estabilizador o desintegrador en forma igualitaria y complementaria (7).

Las familias atraviesan su ciclo vital a través del tiempo y describen la capa intermedia que vinculan al individuo con el desarrollo de salud de la población, la familia es un espacio (y uno de los primeros) para el cuidado de la salud de sus miembros, cuya disfunción puede generar riesgos y enfermedades de diversos tipos entre sus integrantes (3).

Además, a pesar de la importancia que implica investigar el cuidado familiar durante la visita domiciliaria, hay escasa investigación sobre el tema a nivel mundial, nacional y local en los últimos años, por lo que esta investigación aporta científicamente para futuras investigaciones, contribuyendo en la mejora de la esencia de la profesión: El cuidado.

La importancia de la investigación radica en que al cuidar a la familia concibiéndola como un sistema holístico, a través de la visita domiciliaria, se permite al profesional de enfermería abordarla en todas sus dimensiones y en su escenario natural donde crece y se desarrolla, enfocando el cuidado en la salud individual de sus miembros, las funciones básicas y relaciones internas así como las condiciones materiales de vida y entorno de tal manera que el cuidado brindado de respuesta a las políticas de salud

sustentadas en los principios de equidad, universalidad y corresponsabilidad y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

El beneficio por tanto redundará en el bienestar de las familias que participaron en la investigación perteneciente a la jurisdicción del Centro de Salud ubicado el distrito de la Victoria. Asimismo, el cuidado enfermero a las familias durante la visita domiciliaria contribuye abordar la problemática de salud de manera eficiente e interdisciplinaria y con un enfoque de curso de vida. También beneficiará a las enfermeras favoreciendo la reflexión sobre su práctica reafirmando el valor del cuidado que brindan a la familia.

Los resultados de esta investigación servirán a las autoridades sanitarias para reorientar las estrategias de intervención familiar a través de las visitas domiciliarias, y además a partir de la información obtenida impulsar acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud que afectan a las familias

La presente investigación está compuesta por dos capítulos. En el primer capítulo se describen los aspectos metodológicos y en el segundo capítulo se describen los resultados y discusión, donde se presentan los discursos del objeto en estudio con su respectivo análisis y fundamento teórico.

CAPÍTULO I

I. MÉTODOS Y MATERIALES

1.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo cualitativa, la cual se desarrolló en una situación natural, extrayéndose datos descriptivos, obtenidos en un plano abierto, flexible y enfocado en la realidad contextualizada (8). Se centró en determinar las dimensiones del objeto de estudio que fue el cuidado enfermero a la familia durante las vistas domiciliarias a partir de investigar situaciones y acontecimientos.

1.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realizó bajo el diseño de “Estudio de Caso”. Según Simons H (9), es el estudio de lo singular, particular, lo exclusivo; la principal finalidad es investigar, la particularidad, del caso singular, con la tarea principal de entender la naturaleza distintiva del caso particular. En esta investigación se estudió en forma detallada el cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria por parte de los profesionales de enfermería y la manera de cómo se recibe el cuidado por parte de las familias cuidadas, que tenga un valor en sí mismo.

Se consideró para el desarrollo de la presente investigación las fases del estudio de caso citado por Menga Ludke (10):

La fase exploratoria: El estudio de caso comenzó con un plan muy incipiente, luego se fue conformando más claramente en medida en que se desarrollaba el estudio. Inicialmente existieron preguntas o puntos críticos planteados en la situación problema que fueron explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se mostraron relevantes en la situación estudiada.

En el presente trabajo se buscó aprender de los aspectos ricos e imprevistos de las experiencias y la observación de los investigadores, en esta etapa se captó los contactos iniciales de la investigación Donde se estableció contacto con los profesionales de

enfermería en su centro de labores y las familias cuidadas sus viviendas pertenecientes a un distrito de La Victoria. La fase exploratoria fue fundamental para la definición más precisa del cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliar que es objeto de estudio.

Delimitación del estudio: Al identificar los elementos y los límites del problema, se procedió a recolectar las informaciones, utilizando instrumentos y técnicas pertinentes según las características del objeto de estudio.

En este trabajo se determinó los focos de investigación y se estableció los límites del estudio, se estudió el cuidado enfermero a la familia durante las visitas domiciliarias en un tiempo determinado. Se seleccionó los de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos para lograr el objetivo del estudio de caso y comprender completamente la situación estudiada. Se utilizó la entrevista a profundidad a las enfermeras y las familias cuidadas de un distrito de La Victoria.

El análisis sistemático y la elaboración del informe: Desde la fase exploratoria existió la necesidad de analizar los datos obtenidos. En la presente investigación se transcribió la información obtenida a través de las entrevistas. Para ello primero se permaneció un período de tiempo corto en un centro de salud de La Victoria donde trabajan las enfermeras en estudio y se realizaron llamadas necesarias y suficientes, para obtener la información de manera adecuada. Desde el inicio de la investigación se transcribió la información obtenida de la realidad y se fue contrastando con la base teórica de la investigación hasta finalizar con el informe final.

También se han tenido en cuenta algunos principios del estudio de caso durante la investigación, los aportados por Menga Ludke (10):

Se dirigen al descubrimiento: La investigación inicialmente partió de supuestos teóricos, una base debidamente sustentada y que constituyó el esqueleto de la investigación. En todo momento se mantuvo atención constante a nuevos componentes que pudieron surgir como significativos durante el estudio, como la declaración de los informantes que se interrelacionó con toda la información y se lograron agregar a medida que avanzó el estudio, permitiendo profundizar y potenciar el análisis de la investigación

y acceder a nuevos conocimientos, siempre y cuando se encuentren dentro del marco teórico y conceptual del objeto de estudio.

Resulta importante porque el conocimiento es infinito y maleable, es una construcción que se hace y se rehace constantemente, y las autoras permanecemos atentas a nuevos aspectos en el desarrollo de la investigación.

Enfatizan “la interpretación en el contexto”: En la investigación fue necesario considerar el contexto en el que se desarrolló, para comprender mejor el objeto de estudio cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria, pues sus características influyeron en la situación. Se tomó en cuenta la cultura, la rutina y el sistema de salud que influyeron en el cuidado que brindan las enfermeras y la manera en que las familias lo reciben, así el estudio es más completo.

Al tratarse del cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria, fue necesario conocer la realidad socioeconómica y cultural en la que se desenvolvían las familias, puesto que esto dirigió el camino del cuidado brindado por las enfermeras.

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda: En la investigación se partió de la situación problema, abordando todas las dimensiones de la situación como un todo, para poder develar toda la variedad de dimensiones que convergen, evidenciando y enfatizando la complejidad inherente que surge al investigar lo subjetivo de una problemática. Se enfocó en el cuidado enfermero brindado por las enfermeras de un centro de salud del distrito de La Victoria y la manera de cómo reciben el cuidado las familias, considerando todos los elementos revelados y la relación genuina entre ellos, y con ayuda de los autores pertenecientes al marco teórico que sustentan la investigación, se reveló la multiplicidad de dimensiones dentro de esa totalidad.

Usan una variedad de fuentes de información: Al desarrollar el estudio de esta investigación se recurrió a diferentes fuentes de información: la principal fuente de información fueron los profesionales de enfermería, y para contrarrestar información se recurrió a una segunda fuente que son las familias cuidadas por los profesionales. Esto permitió cruzar información para confirmar o rechazar supuestos, describir nuevos datos, separar suposiciones, esclarecer y verificar los datos en forma precisa.

La generalización natural del cuidado ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto: en el momento en que este intentó relacionar la información hallada en el estudio, con los datos que son producto de sus experiencias personales.

Las investigadoras dejaron constancia del proceso de investigación, con la finalidad de que el lector decida por sí mismo, mediante las sensaciones y emociones que se viven a través de las experiencias de las investigadoras.

Procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social: Durante la investigación surgieron oposiciones y discrepancias en cuanto al objeto de estudio, frente a ello fue necesario plantearla y emitirla en el informe. Se realizó un análisis en forma neutra con ambas partes: si en las entrevistas se encontraron respuestas centradas o contrarias en relación al objeto de estudio, se procuró plasmarlas tal cual para que el público lector saque sus conclusiones sobre ese aspecto conflictivo.

Los relatos utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación: En la presente investigación se expresó la realidad de diferentes formas. Se procuró transmitir en forma directa y clara los resultados obtenidos de los informantes con discursos con un estilo informal, se transcribieron algunas de las expresiones de los participantes. Se esperó que el lenguaje presentado sea claro para comprender el caso presentado.

1.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La presente investigación consideró como sujetos de investigación a seis enfermeras que pertenecían a una población de ocho enfermeras, quienes laboraban en un Centro de salud del distrito de la Victoria durante el 2019, recogiendo la información en noviembre del 2020 y febrero del 2021, teniendo en cuenta el siguiente criterio de inclusión:

Enfermeras que se encontraban laborando en forma permanente y por un tiempo mayor de 2 años porque les permitió contar con el tiempo mínimo para conocer el lugar, relacionarse y cuidar a las familias.

Además, formaron parte de la población las 160 familias cuidadas por las enfermeras del Centro de Salud del Distrito de La Victoria, de la que se obtuvo una muestra de 10 familias, con la finalidad de triangular la información y cumplir con este principio de construir el caso obteniendo información de diversas fuentes y corroborarla.

La muestra se seleccionó con la técnica de saturación y redundancia. Bertaux citado por Polit D y Hungler P (11), afirman que la saturación se establece cuando los “procesos sociales y los nuevos casos” no introducen nueva ni relevante información al conocimiento de la realidad estudiada, pues cae en repetición. A su vez, Baeza citado por Polit D y Hungler P (11), establece diferencia entre los términos interrelacionados de saturación y redundancia, donde la saturación hace referencia cuando el contenido no hace nuevos aportes y la redundancia cuando la información se repite en los discursos, lo cual permitió delimitar el tamaño de la muestra que fue conformada cuando los discursos obtenidos de las enfermeras y las familias cuidadas que participaron de la investigación, eran repetitivos y no aportaban al estudio.

1.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista abierta a profundidad que según Hernandez Sampieri (12) consiste en un intercambio de información más íntima y flexible, a través de una guía general de contenido, donde el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla con preguntas que fluían y se ajustaban al camino de la entrevista, para precisar conceptos a ahondar en información sobre los temas deseados.

El instrumento usado para la recolección fue la guía de entrevista abierta a profundidad dirigida al profesional de enfermería (Apéndice 2) y también a la familia (Apéndice 3). El instrumento contó de dos partes, la primera parte presenta una introducción que describe información sobre a quién va dirigido y el objetivo de la investigación, y datos

generales del sujeto investigado; y la segunda parte comprende el contenido de la entrevista donde se encuentra la pregunta orientadora.

Para garantizar la fiabilidad de este instrumento, se realizó un estudio piloto con profesionales de enfermería de otro centro de salud, el cual constituye una prueba preliminar de la entrevista. La información resultante no fue incluida en el estudio. La validación del instrumento se realizó por tres enfermeras docentes (Apéndice 4) con experiencia académica y laboral en salud familiar y comunitaria.

En correspondencia al principio de autonomía los profesionales de enfermería y familias aceptaron participar en la entrevista previo consentimiento informado (Apéndice 1). Cabe precisar que la información solicitada a través de la entrevista correspondió a la labor realizada por el profesional de enfermería durante la visita domiciliar realizada en el año 2019 porque dado el contexto de la pandemia por el SARS COV II (COVID 19) y la declaración del estado de emergencia, el funcionamiento en el primer nivel de atención quedó suspendido y con ello las visitas domiciliarias. Por tal motivo las investigadoras obtuvieron la información durante el mes de noviembre del año 2020 y febrero del 2021.

1.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de datos cualitativos se realizó por medio de tres actividades interrelacionadas: resumir o reducir la información, presentar la información, presentar la información a través de una descripción y elaborar conclusiones sobre las relaciones y procesos casuales, es decir, lo que significa la información (12). Según ello, la información obtenida se trató mediante el análisis temático, el cual consiste en la selección de una muestra y recopilar información para luego categorizarla.

En base a la guía de este tipo de tratamiento de la información, primero se transcribió en forma detallada cada testimonio, conforme a lo expresado por los entrevistados. Luego, se realizó la lectura y se reclutó los datos obtenidos; posteriormente se descontextualizó, es decir, las declaraciones se separaron en segmentos, constituyendo las unidades de significado, para finalmente agruparse en subcategorías y categorías (12).

Finalmente se realizó el análisis respectivo de cada categoría y subcategoría constatando en la teoría, los autores que sostienen el análisis para sustentar los discursos, seguido de las consideraciones dadas y verificando los objetivos propuestos. Se contrastó los resultados con la bibliografía y los antecedentes respectivos (12).

1.5. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Durante el desarrollo de la investigación practicaron los principios éticos según el Decreto Supremo N°011-2011-JUS, que reconoce la protección de los derechos humanos.

Principio de respeto de la dignidad humana

La persona humana es considerada siempre como sujeto y no como objeto, cuyo valor se concede con el respeto de su dignidad (13). En esta investigación a las enfermeras y los representantes de las familias se les valoró en su condición de ser humano, se les respetó no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia en caso a las madres, dando valor a su diversidad cultural.

Principio de autonomía y responsabilidad personal

La autonomía se expresa pidiendo la aprobación de la persona para participar en actividades que lo involucran con una previa información adecuada (13). El consentimiento informado es una herramienta que permitió a esta investigación reconocer el derecho de los profesionales de enfermería y familias a ser tratado como persona libre y capaz de tomar sus decisiones, mismo que podía ser derogado en cualquier momento, si tiene desventaja o perjuicio a los profesionales de la salud y/o familias.

Principio de beneficencia y ausencia de daño

Al fomentar y aplicar el conocimiento científico en esta investigación se priorizó el bien de la persona y familia (13). El cumplimiento de este principio se reflejó en la medida que la investigación abarcó la búsqueda del bienestar total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar. Se tuvo presente la obligación de no

producir daño intencionadamente tanto con las enfermeras como las familias entrevistadas, teniendo la posibilidad de decidir sobre su participación en la investigación.

Principio de igualdad, justicia y equidad

Toda investigación que se desarrolla en base a la vida humana considerará la igualdad de todos los seres humanos por su simple naturaleza, sin importar la etapa de vida por la que éstos atraviesen (13). En esta presente investigación se trató a todos por igual, por medio del cumplimiento de sus derechos y concediendo la información igualitaria.

CAPÍTULO II

II. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La familia como sujeto de cuidado es una unidad biopsicosocial, natural y fundamental para el desarrollo humano y de la sociedad, es el principal entorno donde se transmiten creencias, hábitos, concepciones sobre la salud y se instauran conductas frente a la enfermedad y los servicios de la salud: elemento principal para el progreso en la instalación de una cultura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (14).

Frente a esta concepción se considera enriquecedor enfocar el cuidado holístico a la familia en el primer nivel de atención, a través de equipos multidisciplinarios, tal como lo enfatiza la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar, para brindar cuidados con calidad y equidad que promuevan conductas saludables de salud, mejoren la dinámica familiar y eviten complicaciones derivadas de problemas agudos y/o crónicos, así como la generación entornos saludables en la comunidad.

Es por ello que se necesitan profesionales de enfermería competentes que se constituyan en el nexo entre la familia y los servicios de salud que desplacen el abordaje individual y clínico hacia un abordaje sistémico en el cuidado de la familia que tenga como propósito fundamental el bienestar familiar. Los profesionales de Enfermería poseen habilidades cognitivas, técnicas, sociales y una posición privilegiada para interactuar con la familia, ayudándola a potenciar su autocuidado y promover su salud como unidad. Asimismo, se debe garantizar el respeto a los valores, cultura y creencias de la familia y la motivación para la participación en la toma de decisiones a favor de su salud.

Una de las estrategias privilegiadas para el cuidado familiar es la visita de salud definida como: una herramienta que permite a la enfermera entrar en el entorno cotidiano y cercano de la familia, valorar aquel espacio íntimo en el que se desenvuelve, profundizar en conductas más genuinas y verídicas relacionadas al funcionamiento familiar y comportamientos de salud, detectar factores protectores y/o de riesgo , realizar coordinaciones con el equipo multidisciplinario y brindar educación según sus necesidades, así como el cumplimiento y seguimiento de soluciones acordados con la misma (4).

En correspondencia al objetivo de este estudio, describir y analizar el cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en el distrito de la Victoria, se identificaron las siguientes categorías y sub categorías, resultados que se presentan a continuación:

- I. REFERENTE TEÓRICO COMO SUSTENTO DEL CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA**
 - 1.1. Familia como sistema**
 - 1.2. Develando la concepción de la integralidad del cuidado en el hacer**

- II. VALORACIÓN A LA FAMILIA Y SU INSTRUMENTO: FICHA FAMILIAR**

- III. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL EJE DE LA SALUD INDIVIDUAL: ETAPA NIÑO, ADOLESCENTE, GESTANTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR**

- IV. DEVELANDO LIMITACIONES EN LA RELACIÓN DE AYUDA A LA FAMILIA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA**

I. REFERENTE TEÓRICO COMO SUSTENTO DEL CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA

El hacer, el saber y el ser son tres pilares de la profesión de Enfermería íntima e indisolublemente vinculados durante el cuidado enfermero. El profesional de Enfermería *“posee los conocimientos necesarios”* para escoger y analizar las estrategias y acciones en el cuidado familiar ante los diferentes cambios propios de su ciclo vital, a favor de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación; aprovechando los recursos disponibles tanto de la familia como del sistema sanitario (15), lo que indicaría que el conocimiento que posee el profesional del Enfermería define y orienta la eficacia y eficiencia del cuidado.

Entre muchos conceptos, teorías y modelos que describen y fortalecen lo que significa precisamente el cuidado de Enfermería para otorgarle y encaminarla hacia esa autonomía como ciencia y profesión, se cuenta con cuatro conceptos primordiales siempre presentes al hablarse del cuidar que clarifican, articulan y uniformizan a esta ciencia: persona, salud, entorno y cuidado; el metaparadigma de Enfermería. Un metaparadigma engloba conceptos que identifican concreta y específicamente los fenómenos particulares de interés para Enfermería y las relaciones entre ellos (16). No existe persona sin un contexto o entorno, ni salud sin la persona, ni cuidado sin salud.

La persona, quienes conforman la familia, es un todo indivisible, integral e infinito, más que la suma de sus partes, en relación mutua y simultánea con el entorno continuamente cambiante. La familia representa la unidad holística netamente arraigada a una índole cultural (17) que protege la salud en los ámbitos del desarrollo físico, mental y psicosocial de todos sus miembros a medida que atraviesan sus etapas de maduración, capaz de mantener condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, resolver adecuada y eficazmente los conflictos entre sus miembros y responsable de sus decisiones orientadas hacia su bienestar.

La salud es un estado de perfecto equilibrio entre la dimensión física, mental, espiritual con el entorno en el que se desenvuelve la familia, ese valor que le otorgan a sus

experiencias vividas en base a sus perspectivas y valores, procurando aprovechar su máximo potencial. La salud familiar se dirige a generar las herramientas necesarias que le permitan desempeñar un papel activo en mejorar y mantener su salud, el óptimo funcionamiento familiar y las condiciones de la vivienda y el entorno, basándose en el respeto de su cultura.

El entorno constituye un contexto energético, tangible e intangible, interno y externo, que favorece condiciones satisfactorias para su seguridad, protección y desarrollo físico, social, espiritual y mental, sumergido en una interrelación e influencia constante con un conjunto de sistemas (escuela, trabajo, municipio, comunidad, entre otros) que rodean en la familia.

Y el cuidado de Enfermería a la familia es un proceso humano de compañía, comprensión, capacitación e interés real por su salud, cuyas intervenciones están dirigidas a fomentar el máximo potencial de su salud y bienestar mediante la adopción de conductas saludables coherentes a su cultura mediante la información y uso de valores, acompañándola a desarrollar su independencia y autonomía durante las intervenciones vinculadas a su salud, donde tanto personal de Enfermería y la familia aportan experiencias y aprenden recíprocamente (15).

Cuando se brinda cuidado a las familias debe considerarse que se está frente a un sujeto de cuidado totalmente diferente al de la persona: se trata de un colectivo de personas que comparten e interaccionan con lazos de consanguinidad, afectivos, culturales, sociales, políticos, entre otros; con necesidades y un ciclo de desarrollo diferentes y únicas en relación a la persona (18). Por tanto, es importante contar con un referente teórico al momento de cuidar a la familia, teniendo en cuenta hacia dónde dirigir las intervenciones de Enfermería, surgiendo las siguientes subcategorías.

1.1. La familia como sistema

La familia es sujeto de estudio, incluso considerada unidad básica, en diversas disciplinas económicas, políticas y sociales. Para las ciencias de la salud no es la excepción, considerada como el elemento primordial para el desarrollo humano y comunitario y es el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad.

Es así el caso de Minuchin (19), quien recalca el estudio y la definición de la familia como un sistema organizado e interdependiente que conforman e interaccionan con otros sistemas externos más grandes y complejos (dinámica familiar), en constante cambio (etapas del ciclo vital), impredecible por su condición holística, capaz de autoorganizarse (dependiente de los recursos y la capacidad de resiliencia como familia), e interdependiente (está inmerso en muchas realidades y entornos de manera simultánea, siendo necesario su relación con ellos).

Moyra Allen, precursora del Modelo McGill de enfermería, involucra directamente como ente importante para la salud a la familia por ello propone asistir, acompañar y animar a la familia al desarrollo de su potencial con el objetivo de mejorar, fortalecer y mantener la salud del individuo y la familia en el proceso activo y continuo que implica el aprendizaje, buscando que la familia se informe y se capacite para manejar aquellas situaciones que alteran su salud (20).

Aportando la ciencia de Enfermería con esta teoría, Rogers (21,22) define el cuidado como una interacción multidireccional, energética y abierta entre las familias y el universo infinito del entorno en que viven, procurando y promoviendo una interacción armónica cuyo fin es fomentar el máximo potencial de su salud y bienestar.

En la concepción de familia como sistema se visualizan elementos como: unidad, dinámica familiar, entorno, integralidad cuya comprensión es importante para brindar un cuidado individualizado y holístico a la familia.

Las enfermeras participantes del estudio conciben a la familia como un sistema, una unidad compleja con estructuras, entornos y mecanismos:

“...Cuidar a la familia es cuando la veo como una unidad, como un grupo, estudiar sus interrelaciones entre los miembros de la familia, sus interrelaciones con la comunidad, la dinámica familiar... Debemos ver a la familia no solo su funcionamiento... no depende solo de la salud de cada miembro, sino también de cómo se relacionan con su entorno... si cada miembro está bien, la

familia en conjunto también lo está. Pero si la familia no se interrelaciona, no tiene una buena dinámica, eso al final va a terminar afectando a cada miembro”.

CLAVEL, 33 años, nombrada, especialista en Emergencia y Desastres

Como se puede apreciar en el discurso queda implícito el metaparadigma que orienta el cuidado a la familia identificándose a esta como una unidad influida por su relación recíproca con el entorno que determina su funcionalidad y bienestar.

Toda familia tiene la capacidad de resistir y permanecer como sistema y durante su curso de vida atraviesa crisis inherentes al desarrollo como familia y crisis situacionales, encontrando la forma de restaurar el equilibrio familiar, definiendo su cualidad de ser abierta, dinámica e interdependiente, con capacidad de adaptación.

Autores como Espinal, Gimeno y González (23), coinciden en declarar que la interacción (dinámica familiar) y la integralidad son los elementos determinantes de la familia como sistema. Por tanto, va mucho más allá de la suma de los subsistemas (integrantes) y el desempeño de su respectivo rol, sino de cómo la hacen persistir en conjunto como tal manteniendo su integralidad.

Otro elemento abordado en la concepción de la familia como sistema es la dinámica familiar entendida como el conjunto de relaciones y vínculos generados por el intercambio, colaboración, convivencia, desempeño del rol entre los integrantes de la familia, a esta dinámica se denomina dinámica interna y a la relación de la familia con sistemas mayores se le denomina dinámica externa (24)

Al respecto de la dinámica interna los profesionales de enfermería manifiestan:

“...Para cuidar a la familia es importante saber cómo se llevan entre ellos, cómo se tratan, si se respetan, si hacen caso o no a opiniones, si se comunican para decir que se hará o que no se va a hacer...”

ORQUÍDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

“La familia depende de cada integrante que lo conforma, y viceversa. Si funciona bien, cada integrante llega a estar bien...”

BEGONIA, 41 años, nombrada, sin especialidad

Los discursos nos revelan los elementos de la dinámica familiar que son considerados importantes para los profesionales como la: comunicación, gradiente de crecimiento, adaptabilidad, sin embargo, se observa que no se visualiza en los discursos el afecto, participación (resolución)

El afecto es la relación de amor y atención que existe entre los miembros importante para general vínculos entre estos y la participación es el grado de poder y responsabilidad de los miembros en la toma de decisiones, elementos importantes para verificar el funcionamiento familiar a través del Apgar (25).

Otros elementos de la dinámica interna del sistema familiar son los subsistemas el fraternal, filial y conyugal, algunos autores integran el subsistema individual, estos funcionan con sus características propias, formando una verdadera unidad con la totalidad, es por esto que la familia se vuelve compleja y su dinámica está mediada por el funcionamiento particular de cada subsistema, en los diferentes ciclos de la vida total del sistema (23).

La Dinámica familiar es importante al momento del cuidar porque al conocer las relaciones entre los integrantes (dinámica interna) permitirá establecer y conocer la dinámica externa y como se relacionan, permite identificar el nivel de cohesión de las redes de apoyo en caso de las crisis familiares.

Rogers citado por Marriner (26) por su parte, indica que la familia como sujeto de cuidado posee energía y un campo energético con el que hay intercambio recíproco. Las diferentes formas en que se relaciona la familia con su entorno escolar, laboral, o comunitario, hace referencia a la dinámica, lo cual genera energía influyente entre la familia y ese sistema o entre los sistemas.

Además, Bronfrenbrenner (23) y su modelo ecológico añaden la influencia y la integración de los sistemas entre sí en el desarrollo humano, que en este caso sería en la

familia. Representa el microsistema más importante porque estructura la vida de una persona durante muchos años, con su respectivo mesosistema conformado por el conjunto de sistemas con los que la familia mantiene relación (escuela-centro laboral-municipio-iglesia-comunidad).

Observándose que las enfermeras entrevistadas no hacen referencia a la dinámica externa o a la relación de la familia con el macrosistema, lo que llama la atención dado que en la ficha familiar se construye con la familia el ecomapa, durante la valoración. Lo que es importante para reconocer que la integración con el entorno permite identificar el nivel de fortaleza de las redes de apoyo con los que cuenta la familia para hacer frente a sus condiciones de vulnerabilidad.

Se concluye entonces que las enfermeras pertenecientes a la muestra de esta investigación conciben a la familia como un sistema sobre quien actuar, una unidad que permanece en constante relación con el entorno, cuya salud se ve influenciada por sus diferentes contextos e interrelacionada con la salud de sus integrantes: la salud familiar influye en la de cada miembro y viceversa. Sin embargo, las concepciones orientadoras respecto al entorno, cuidado y salud se irán revelando en la discusión de las siguientes categorías.

1.2. Develando la concepción de la integralidad del cuidado en el hacer.

Como se evidenció en la subcategoría anterior, la familia es un sistema único, de naturaleza dinámica, en constante intercambio de energía e información con el medio que le rodea para satisfacer sus necesidades biofísicas, psicosociales y espirituales. La satisfacción y la conexión e interdependencia de las mismas genera la integralidad.

La integralidad es el resultado del reconocimiento de lo diferente, singular y complejo de la familia en su modo de vida y de pensar, en sus necesidades, de estar con y en otros sistemas. Según el MCI (3) la integralidad es concebida como los cuidados vinculados en todos los niveles de prevención: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para cubrir las necesidades de salud en todas sus dimensiones sin distinción de clase social, raza, credo, género u otra condición, así como la continuidad de la atención en todos los niveles (primario, secundario y terciario)

Otros autores como Fanning M, Castro R, Vázquez M y Bustamante S (7,18), describen a la integralidad como un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, individuales y colectivas, donde los servicios deben estar organizados para brindar una atención digna y ampliada en base a las necesidades de la población a la que atienden.

En caso de la familia los cuidados integrales están enfocados en base a sus necesidades propias y únicas de salud, que son consecuencia directa de la dinámica familiar y su microambiente, y por ello el cuidado de Enfermería debe dirigir sus intervenciones a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, reconociéndolo como diferente y singular de otros sujetos de cuidado (3); favoreciendo y estimulando así el máximo potencial de sus miembros y una familia saludable (27).

La integralidad es un concepto totalmente completo, necesario de considerar al momento de cuidar a la familia (7,18), y más durante la visita domiciliaria pues es un espacio rico y de buen potencial para cultivar la integralidad, ya que se encuentra la realidad de la familia, un ambiente que amplía la perspectiva que no se halla cuando llega al establecimiento de salud, a mirar y relacionar a la familia y a su salud en ese medio en el que permanece gran parte del día, y en base a eso adecuar las intervenciones.

Sin embargo, en los discursos que a continuación se presentan se puede observar que los profesionales tienen una concepción parcial de la integralidad:

“...Entonces integral quiere decir todo en la persona va a influir en su salud: desde en donde y como se relaciona, hasta esos exámenes meticulosos. Por eso se le deriva a cada área del centro de salud, y todo eso se relaciona para ver si está sano físicamente, mentalmente, socialmente...”

ORQUÍDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

“... no podemos verla (a la familia) como casos aislados, hay que ver toda la familia con integralidad y en todos los aspectos biológicos, psicológicos, social y de todo su entorno...”

BEGONIA, 41 años, nombrada, sin especialidad

Girasol agrega los niveles de prevención:

“...La atención integral se da cuando tengo a un adulto mayor, por ejemplo, con un diagnóstico de hipertensión o diabetes, mi responsabilidad es derivarlo al programa de adulto mayor. Entonces lo integral consiste en hacer que ese adulto mayor pase por nutrición, psicología, medicina, por exámenes de laboratorio, ser educado y sensibilizado en nutrición, cuidado, higiene, recreación, todo lo relacionado para su edad. Todo el equipo multidisciplinario se integra para buscar la mejoría de la persona. Todo eso se busca en todas las etapas de vida.”

GIRASOL, 39 años, nombrada, sin especialidad

Como se puede evidenciar las enfermeras conciben la integralidad en el cuidado a la familia como un concepto que engloba acciones dirigidas a cuidar las dimensiones biopsicosociales derivando a la familia al equipo multidisciplinario, en algunos niveles preventivo- promocional, dejando de lado la continuidad en todos los niveles de atención.

Esto se refleja en el “hacer” durante las intervenciones realizadas en la visita domiciliaria por las enfermeras y a su vez corroborándose con lo referido por las familias entrevistadas que serán presentadas más adelante.

El profesional de enfermería es formado para trabajar con familias, por contar como fortalezas su formación preventiva-promocional en salud por excelencia (14).

La promoción de la salud según Pender et al. (2011) es una conducta motivada por el deseo mismo de aumentar el bienestar y conseguir el potencial de salud humano; y constituye un componente importante de la práctica de la enfermería (26).

La prevención según la OMS, son medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, detener o retrasar su avance y atenuar las consecuencias una vez establecida. Está conformada por cinco niveles: promoción de la salud y protección específica en la prevención primaria; diagnóstico precoz y tratamiento inmediato y

limitaciones de la incapacidad en la prevención secundaria y la recuperación y rehabilitación en la prevención terciaria (1).

La prevención controla enfermedades atendiendo y detectando los factores y poblaciones de riesgo; mientras que la promoción de la salud se centra en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma, es decir la prevención se centra en la enfermedad y la promoción en la salud (28). Este elemento de la integralidad se refleja en los siguientes discursos de las enfermeras y las familias:

“...priorizo lo que son las actividades de promoción y prevención, lo que es consejería de lavado de manos, de la alimentación de la conservación de alimentos, de cómo cuidarse de enfermedades...Realicé consejerías pequeñas y cortas por el tiempo, pautas de crianza, de enfermedades crónicas, de anemia o vacunas la importancia, sobre todo”

AZUCENA, 59 años, nombrada, sin especialidad

“...y me hablaron sobre la anemia en niños, sobre las vacunas, la importancia de lavarse las manos, lo importante de lavar las verduras y las frutas antes de ingerirlas.”

FAMILIA IRIS

“En actividades de promoción y prevención, siempre hacemos consejerías y orientaciones porque siempre nos preguntan de todo: alimentación, cuidados de un niño inapetente, prevención de la anemia, alimentación complementaria, métodos anticonceptivos, lactancia materna, enfermedades crónicas como diabetes, presión alta, cuidados con su tratamiento, siempre casi en prevención...”

CLAVEL, 33 años, nombrada, especialista en Emergencia y desastres

“... mi esposa en ese entonces les dijo que tenía gastritis, le aconsejaron sobre qué comer o que no, de sus medicinas, sus chequeos.”

FAMILIA NARCISO

“Hacemos actividades de prevención, de promoción de la salud en su mayoría, en eso debemos siempre concentrarnos. Por ejemplo, de promoción, en algún momento hablamos del lavado de manos, de tomar agua segura, hervida. De la higiene personal en caso haya falta de aseo, también del hogar, el saneamiento básico. Aconsejar sobre la alimentación saludable, de hacer ejercicio, de cuidar la salud mental que a veces se deja de lado. También las vacunas, que vayan a sus controles de CRED, que no tengan anemia, tamizarlos, evitar que tengan desnutrición.”

ROSA, 40 años, nombrada, sin especialidad

“Solo me explicaba, me decía algunas cosas, también venía con unas figuras grandes que me iba mostrando, así de cómo hacer, de cómo lavarse las manos, qué cosas debían comer mis hijos, qué cosas no, conforme vayan creciendo, también qué cosa tenía que comer yo, como mis padres tenían diabetes, menos grasas, más frutas, más agua, menestras.”

FAMILIA AMAPOLA

“... yo me dirijo a la señora (adulta) sobre la alimentación, de la variedad de la alimentación, de evitar frituras y grasas, del consumo de poca azúcar... Si son adultos, al menos que sepan cuales son las enfermedades crónicas más invalidantes como diabetes, la hipertensión, obesidad...”

ORQUÍDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

Se puede observar que durante las visitas domiciliarias las enfermeras, realizan actividades en los tres niveles de prevención, brindando consejerías en las visitas domiciliarias.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad, la prevención secundaria se enfatiza en un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar complicaciones esto se puede evidenciar en consejerías sobre evitar alimentos altos en azúcar, o realizar tamizajes en anemia y parasitosis; mientras que la prevención terciaria es fundamental el control y

seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente (28)

En otro discurso expresado por la enfermera Girasol podemos denotar una confusión en los conceptos de los niveles de prevención:

“Hacemos actividades del primer nivel de prevención, como tratar temas de higiene, de la importancia de la vacunación, sobre alimentación saludable, la administración de medicamentos, a usarlos adecuadamente. Hablamos de la tuberculosis, qué hacer para prevenir la tuberculosis...”

GIRASOL, 39 años, nombrada, sin especialidad

Se confunde los términos, o se asume que uno involucra al otro, puesto que las vacunas e inmunizaciones corresponden al primer nivel de prevención, pero como protección específica, mas no como promoción de la salud, y la administración de medicamentos, corresponde al segundo nivel de prevención, tratamiento oportuno, más no como lo menciona la enfermera partícipe de la investigación. Por otro lado, hacen énfasis en intervenciones hacia la dimensión físicas y muy pocas en las dimensiones psicosocial y espiritual, lo cual menoscaba la concepción de la integralidad.

Es necesario tener una base firme y clara de conocimientos que oriente el cuidado a la familia, lo que incluye los niveles de prevención, si no se conoce lo que se hace, no se sabrá hacia dónde dirigirse (14).

Otro elemento de la integralidad es el trabajo en equipos multidisciplinarios, ese vínculo y sentido de corresponsabilidad que se forma entre profesional/personal de salud, esa expansión de los espacios para que suceda el cuidado también es un elemento de la integralidad (27).

El equipo multidisciplinario es aquel que está formado por un grupo de profesionales de la salud de diferentes disciplinas, donde cada integrante aporta sus conocimientos y experiencias en el cuidado de la salud de la familia contribuyendo a su bienestar. Estos

equipos tienen una cantidad de familias asignadas dentro de un ámbito territorial, interviniendo interdisciplinariamente ante sus necesidades de cuidados (3). Constituyen un vínculo importante entre el establecimiento de salud y la comunidad, integran y coordinan los procesos de cuidado integral de las familias y la población en general, para facilitar el acceso y aprovechamiento de servicios de salud, lo que permitirá la continuidad del cuidado (29).

Difícilmente, las necesidades afectadas de las personas y de la familia como unidad pueden ser satisfechas por solo un integrante del equipo multidisciplinario, requiere de las aportaciones de un equipo multidisciplinario, en que cada uno de sus miembros proporcione una perspectiva diferente de conocimientos, actitudes y habilidades.

La integralidad (ejercida con multidisciplinariedad) permite luchar contra la falta de coordinación entre los distintos recursos sanitarios y sociales que velan por el bienestar de la familia, pues la fragmentación y la solución de las necesidades limita la continuidad y la verdadera preocupación por el bienestar y obtención del máximo potencial (30). Las enfermeras expresan con respecto a esto lo siguiente:

“...Entonces lo integral consiste en hacer que ese adulto mayor pase por nutrición, psicología, medicina, por exámenes de laboratorio, ser educado y sensibilizado en nutrición, cuidado, higiene, recreación, todo lo relacionado para su edad. Todo el equipo multidisciplinario se integra para buscar la mejoría de la persona. Todo eso se busca en todas las etapas de vida.”

GIRASOL, 39 años, nombrada, sin especialidad

“Otros problemas como en el adolescente son muy tímidos, baja autoestima, que se deriva al área de psicología... La atención es multidisciplinaria, no todos realizan las visitas a la misma casa, pero se le envía al centro de salud para que se realicen los exámenes correspondientes...”

BEGONIA, 41 años, nombrada, sin especialidad

“...Entonces integral quiere decir todo en la persona va a influir en su salud: desde en donde y como se relaciona, hasta esos exámenes

meticulosos. Por eso se le deriva a cada área del centro de salud, y todo eso se relaciona para ver si está sano físicamente, mentalmente, socialmente.”

ORQUÍDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

La multidisciplinariedad se confunde con la derivación o traspaso de casos, que consiste en orientar a la familia a buscar un profesional de salud en base a sus necesidades alteradas, sin involucrarse en el proceso de recuperación o rehabilitación.

Durante su desempeño, se infiere que las enfermeras que realizan las visitas domiciliarias comprenden que es necesario fundir el conocimiento y el actuar de las diferentes disciplinas en un todo que pueda contribuir a comprender la complejidad del ser humano, por lo que, apoyado a su posición privilegiada con la familia, le permite cumplir con la función de ser el nexo entre la familia y los servicios de salud y con el mismo equipo multidisciplinario. Pero su función debe ir más allá de ser una coordinadora de “citas”, sino de realizar seguimiento a la familia que ha captado, comunicarse conjunta y continuamente con el equipo para evaluar el progreso. Cuando el profesional de Enfermería se esconde detrás de las derivaciones y protocolos, se producen un estancamiento en el cuidado que le resta potencia al encuentro y del cuidado (27).

El trabajo individual y aislado ha demostrado no dar resultados óptimos para el cuidado de la familia en el primer nivel de atención. Estos exigen esencial y necesariamente una colaboración entre profesionales de disciplinas diversas, trabajando conjuntamente, compartiendo información, conocimientos, experiencia y habilidades, para un análisis integral de la salud para conseguir el ansiado bienestar de la familia.

Un elemento importante para brindar un cuidado integral es la atención en todos los niveles de atención durante la visita domiciliaria. Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, este elemento puede no se aprecia durante la visita domiciliaria, pues el medio donde se brinda el cuidado en este caso es no es adecuado para poder derivar a otro establecimiento superior (28).

Se concluye entonces que, para cuidar de manera integral, es necesario la intervención en todos los niveles de prevención, donde se evidencia que las enfermeras trabajaron demostrando su conocimiento sobre ellos, permitieron que las familias puedan ser derivadas con otros profesionales para una intervención del equipo multidisciplinario. Las enfermeras participantes de la investigación desempeñan un papel fundamental como nexo entre la familia y el equipo multidisciplinario al momento de cuidar a las familias.

La importancia de la integralidad al cuidar a la familia radica en que permite reconocerla como unidad con identidad propia y como un entorno que tienen lugar un amplio entramado de relaciones, no limitar a la identificación de necesidades por persona y etapa de vida a nivel recuperativo, darle identidad como sujeto de cuidado continuo, con sus propias necesidades y propósitos.

II. VALORACIÓN A LA FAMILIA Y SU INSTRUMENTO: FICHA FAMILIAR.

El Proceso de enfermería es un instrumento que le proporciona un carácter científico e individualizado a los cuidados. Nuñez C (31), nos dice “La enfermera familiar, para brindar un cuidado integral, tiene fundamentos científicos como el proceso de enfermería que además responde a una exigencia legal, institucional y de compromiso profesional”. En el Perú, la aplicación del Proceso enfermero es considerada como instrumento de evaluación de la eficacia y efectividad del trabajo de la enfermera, descrita en la Ley del trabajo de la enfermera (32).

La valoración se considera como la piedra angular, ya que constituye la base de las siguientes fases del proceso enfermero, pues permite reunir la información necesaria para posteriormente formular el diagnóstico de enfermería, y a partir de éste proponer y ejecutar intervenciones encaminadas a un resultado esperado (33).

Jonson B citado por Fanning B, Castro A, Vásquez P (7), expresa que la valoración a la familia es un proceso holístico, donde se reconoce a esta como un sistema, para poder valorar la unidad familiar se considera aspectos esenciales como: la estructura familiar, ciclo vital familiar, características de la vivienda y del entorno, dinámica familiar, además

Leininger nos dice que es fundamental valorar los cuidados genéricos y profesionales de los riesgos y daños individuales y comunales.

Por otro lado, Kozier R (34), nos señala que el propósito de la valoración familiar es determinar el grado de funcionalidad de la misma, clarificar los patrones de interacción familiar, identificar los recursos beneficiosos y en proceso de mejora de la familia y describir el estado de salud de la misma y de sus miembros agregando a la valoración las formas de vida, la comunicación, la crianza de los hijos, las estrategias para enfrentar las dificultades y las prácticas de salud.

Para valorar a la familia es importante tener claro que es familia, las investigadoras en concordancia de Bustamante citado por Fanning B, Castro A, Vásquez P (7) definen a la familia como “un organismo complejo cuyos miembros están interconectados y enraizados biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente, experimentando una serie de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, luchando por su preservación y desarrollo” (7).

De acuerdo a ello la valoración de la familia implica considerar como dice Jonson aspectos: biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, cognitivas y conductuales. Entendiendo a la familia como sistema social activo y abierto que vive y se desarrolla entre personas de diferente sexo, estadio de maduración física, mental, social y espiritual que están unidas por vínculos consanguíneos, afectivos, de adopción o cohabitacionales. Como unidad la familia cumple funciones específicas trascendentales para el desarrollo y formación de los integrantes.

De acuerdo a los planteamientos del ministerio de salud (35) Cuando se valora a la familia como sistema, se consideran tres ejes fundamentales: la salud individual, las funciones básicas de la familia y el entorno.

Valorar la salud individual mediante los paquetes de cuidado integral por etapa de vida, las funciones básicas y según sus relaciones internas y las condiciones físicas de vida y entorno comprenden: las características de la vivienda, eliminación y manejo de excretas, tenencia de animales, aguas estancadas, vectores, pandillaje y otros alrededor de la vivienda.

En el siguiente discurso se evidencia la valoración que realiza la enfermera a la familia durante la visita domiciliaria:

“... vas identificando las etapas de vida y las problemáticas que tiene la familia, en todos los aspectos tanto de la familia como de las personas, su entorno como viven, si está bien distribuida su casa, con cuantos servicios cuenta, eso te permite toda la ficha... te vas dando cuenta durante el llenado de la ficha si es una familia funcional, una familia disfuncional, o el tipo de familia que es, entonces ya vas sacando problemas de la familia aparte de los problemas individuales que cada miembro podría tener.”

BEGONIA, 41 años, nombrada, si especialidad

Sin embargo, se observa que los elementos propuestos para la valoración a la familia por parte del ministerio de salud no han incorporado la valoración de la dimensión espiritual de la familia, Ortega J, Ojeda V, Ortiz D, Guerrero C (36) afirman que el ser humano es espiritual y la espiritualidad consiste en un sistema creencias o valores que proveen fuerzas, esperanza y significado a la vida, por tanto la familia es un sistema espiritual donde al conocer la fuerza interna y la filosofía de vida permite suponer como afrontan el proceso de salud- enfermedad.

La valoración de enfermería requiere el uso de instrumentos que permitan organizar y registrar la información referida a la familia, obtenida a través de la observación, la entrevista, el examen físico y el análisis documental. Este instrumento aporta información de la valoración inicial que se realiza a la familia. Al respecto el ministerio de salud implementa el uso de la ficha familiar como instrumento de valoración de la familia.

La Ficha Familiar es el instrumento que permite la identificación de características del grupo familiar, así como riesgos familiares y el seguimiento correspondiente (37). A fin de obtener datos para el diagnóstico familiar, se emplea la ficha familiar en primera instancia, para obtención del diagnóstico desde la perspectiva del enfermero (2). Permite organizar información de la familia cuidada para facilitar el seguimiento, obtener un diagnóstico básico al identificar el riesgo de la familia, facilita la atención y favorece una

prestación integral; ya que contiene la información básica sobre el estado de salud de la familia.

La ficha familiar se divide en partes para poder obtener información necesaria, en la primera encontramos información de identificación de la familia y su vivienda: Dirección de la vivienda, datos de los miembros de la familia: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, condición de salud de los últimos tres meses; idioma predominante, entre otros (37), esto permite reconocer a la familia y es el puente para generar un ambiente de confianza para obtener información verídica. En la segunda parte encontramos datos socioeconómicos de la familia, datos de vivienda y entorno, seguimiento de los problemas identificado, el familiograma, ecomapa y Apgar familiar, entre otros (37).

En concordancia a ello las enfermeras manifiestan que durante la visita domiciliaria utilizan la ficha familiar:

“Al momento de llegar (vivienda de la familia) me intereso básicamente llenar la ficha familiar porque eso me parecía básico, una porque es el formato que te piden y otra porque de la misma ficha sacar riesgo o por donde puedes empezar a intervenir: sus datos generales su edad, grado de instrucción, enfermedades existentes antecedentes familiares, cuantos miembros tiene la familia y si presentan algún tipo de riesgo”

AZUCENA, 59 años, nombrada, sin especialidad

Sin embargo, este discurso focaliza la atención de la valoración en aspectos biológicos y socioculturales. Los aspectos sociales se consideran determinantes estructurales de la salud: estos estructuran la salud de un grupo social en función de su posición dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos (38). Por otra parte los aspectos culturales ayuda al profesional de salud a determinar el contexto en el que ocurren los problemas de salud, donde la familia con sus experiencias de vida, creencias, hábitos y costumbres construye su práctica de cuidado, identificando el tipo de problema y tomando decisiones (39).

Por otra parte, la enfermera Clavel reconoce la importancia de la valoración del funcionamiento familiar, la dinámica familiar y el entorno tal como lo señala en su siguiente discurso:

“... se llenaba toda una ficha de valoración, tanto a nivel familiar como a nivel personal de cada miembro... vamos valorando, de la familia y de cada integrante...si tiene un factor de riesgo, cómo van las relaciones familiares, cómo es el ambiente físico del hogar, qué riesgos presentaba, la dinámica familiar, todo eso...”

CLAVEL, 33 años, nombrada, especialista en Emergencias y Desastres

Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema, cada miembro de la familia pertenece a diferentes subsistemas, con diferente nivel de poder en los que aprenden habilidades diferenciadas. Encontramos al subsistema conyugal entre la pareja o matrimonio, parental de padres a hijos y fraternal entre hermanos (7). Su relación adecuada o inadecuada de estos subsistemas altera a la familia.

En concordancia a lo planteado por el ministerio de salud (35) en la ficha familiar la funcionalidad de la familia se valora en dos dimensiones: funciones básicas como cuidado, afecto, expresión de la sexualidad, socialización y status social, y las funciones según sus relaciones internas: comunicación, cohesión, permeabilidad, rol, adaptabilidad y armonía.

La importancia de estudiar la dinámica familiar radica en entender cómo funciona la familia, puesto que la funcionalidad familiar está relacionada con el proceso de salud enfermedad. Una familia con dificultades o no en su funcionamiento puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. De la misma manera, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia (25).

Otro punto de valoración evidenciado por la enfermera es el ambiente físico un elemento del entorno. El entorno está constituido por aspectos contextuales (características físicas, ecológicas, sociales y visiones del mundo). El ambiente físico entendido a este como la

vivienda que se considera como el espacio físico donde los individuos satisfacen necesidades básicas: descansar, dormir, comer, tener actividades recreativas y realizar las funciones sociales en familia (40).

Las condiciones de la vivienda son factores físicos incluidos dentro del medio ambiente, considerado por Lalonde como un determinante de la salud desde el punto de vista de la salud (41).

Otra enfermera agrega la valoración afectiva a través del APGAR y la valoración de la estructura de la familia a través del familiograma.

“...Hacemos preguntas para completar... el aspecto socioeconómico, afectivo con el APGAR, el familiograma. Todo lo que se pueda de valoración”.

ORQUIDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

La familia cual sea su composición tiene el objetivo de cuidar a sus miembros y velar por su desarrollo como con la finalidad de proteger a sus miembros y prepararlos para vivir en sociedad. Por ellos cumplen funciones básicas y funciones según sus relaciones internas mencionadas anteriormente, algunas de estas funciones son valoradas por la enfermera a través del APGAR familiar.

El Apgar familiar es un cuestionario de cinco preguntas donde un miembro de la familia tiene que responder de manera verídica la forma como percibe el funcionamiento de su familia en un determinado momento. evaluando cinco items que se consideran las más importantes: afecto, gradiente de desarrollo o crecimiento, adaptación, participación, recursos.

Atendiendo a la valoración del funcionamiento familiar el APGAR permite valorar la función básica del afecto, que es la relación de amor entre los miembros de la familia. La familia es la fuente principal de afecto, cuyos vínculos afectivos establecidos en esta unidad juegan un papel esencial en la construcción de la identidad de cada miembro (sobre todo en los niños) y en su desarrollo afectivo. A su vez éste, al ser la base que determina sus futuras relaciones y el filtro por el que recibe toda la información básica

para su desarrollo cognitivo es la base de todo su desarrollo. El desarrollo afectivo abre el camino para el desarrollo cognitivo, y éste último al social (42), la afectividad debe ser valorada para conocer el nivel de unión de la familia, una familia con funcionalidad adecuada tiene un tono afectivo cariñoso, cálido, empático y esperanzado (7).

Las funciones de relaciones internas de: adaptabilidad es la capacidad de resolver problemas familiares o periodos de crisis utilizando recursos de la familia o de otras redes de apoyo. Según Oslo citado por Chavez Ventura (43) la adaptabilidad hace referencia a la dinámica para ejercicio de roles, estilos de liderazgo y disciplina, así como a la modificación y planteamiento de reglas. Conocer cómo se adapta la familia a niveles de estrés y a cambios en el ciclo vital ayuda a comprender como afrontan distintos problemas, una familia funcional es flexible frente a reglas o límites.

Otro elemento de la ficha familiar valorado por la enfermera Orquídea es el Familiograma, que es una representación esquemática, la cual provee información sobre el ciclo vital familiar, sobre la estructura y relaciones de la familia y evalúa el funcionamiento sistémico. Sirve para evaluar riesgos: biológicos o tendencia a tener una funcionalidad familiar inadecuada (psicológicos). Es importante realizar un familiograma pues la familia se diferencia de otros sistemas sociales por sus funciones únicas, por su calidad e intensidad de las relaciones (25).

Tal como se evidenció en el análisis de la primera categoría, el elemento entorno del metaparadigma no se revela en los discursos del profesional a pesar de que se concibe a la familia como un sistema y que se la valoración del ecomapa en la ficha familiar, es un elemento fundamental para caracterizar la naturaleza sistémica de la familia.

El Ecomapa, que permite valorar la relación de la familia (sistema) con la comunidad (suprasistema), con este elemento se puede analizar la variable de la dinámica familiar: Orientación a sistema abierto, como una familia es un ser social cuya especificidad la hace única e irrepetible intercambiando energía con la sociedad (25).

El ecomapa es un elemento importante que permite clasificar a la familia como negentrópica con tendencia hacia la apertura del ambiente tanto interno como externo, donde existe presencia de recursos de apoyo social extrafamiliar, las familias óptimas

tienen esta orientación a sistema abierto, ya que reconocen la necesidad mutua de otras personas; o entrópica donde la familia tiene a ser un sistema cerrado.

Una familia entrópica limitar el cuidado durante la visita domiciliaria, pues al ser un sistema cerrado no permite ayuda externa, las enfermeras evidencian haber encontrado familias reacias en estos discursos:

“Hay limitaciones por parte de las propias familias, familias reacias, no te reciben, te atienden desde la puerta te ponen como una barrera ... no te dejan entrar por nada, desde la puertita o la ventana no más te contestan ...”

BEGONIA, 41 años, nombrada, sin especialidad

“...durante las visitas domiciliarias puedes encontrarte con familias reacias, que se niegan al cambio de actitudes, o que se niegan a adoptar nuevas conductas. Me he encontrado con personas con diabetes, pero no vienen a recibir tratamiento. Dicen para qué voy a tomar si igual me voy a morir, etc ...ellos (adultos)son los que menos quieren escuchar o como ellos dicen que se sienten sanos ...”

GIRASOL, 39 años, nombrada, sin especialidad

Una familia con tendencia a un sistema abierto permite recibir aportaciones de otros sistemas para mejorar la salud y bienestar de sus miembros (7), mientras que una familia entrópica no permite recibir aportaciones de otros sistemas. Por tanto, la valoración de las relaciones externas de la familia permite al profesional adecuar las intervenciones de enfermería a fin de fortalecer el crecimiento de la familia y sus redes de apoyo.

Para Leininger citado por Fanning B tanto el ecomapa como el familiograma permiten valorar a la familia como un sistema (7).

Valorar a la familia como sistema implica entonces considerar que todos sus elementos están en constante dinámica, es decir, que cambia en el paso del tiempo o bajo circunstancias, se requiere de tiempo y dedicación para abordar su valoración en el

momento propicio, por ello, en concordancia al reglamento de visita familiar (44) se deben realizar como mínimo cuatro visitas al año.

En todas estas visitas la enfermera incorpora la valoración como un proceso clave que le permita la continuidad de la misma, obteniendo información nueva o valorando los cambios producidos en relación a los datos obtenidos con anterioridad. Reyes (45) plantea que, para aclarar las discrepancias de la valoración inicial, podemos seguir valorando en diferentes oportunidades.

A continuación, las enfermeras manifiestan que la valoración durante las visitas domiciliarias se realiza en varias visitas:

“En la primera visita se llenaban datos generales, integrantes, necesidades más urgentes de la familia, se llenaba toda una ficha de valoración, tanto a nivel familiar como a nivel personal de cada miembro...”

CLAVEL, 41 años, nombrada, especialista en Emergencia y Desastres

“En la segunda visita, a veces sacábamos más datos, quizá hay un integrante que ha llegado, se ha agregado y se verifica si se habían cumplido los acuerdos de la primera visita.”

ROSA, 40 años, nombrada, sin especialidad

La valoración es la fase del proceso enfermero que se caracteriza por ser continua, ya que se lleva a cabo durante todo el proceso enfermero, la enfermera no solo valora a la familia en el primer contacto con ella, o solo con el llenado de la ficha familiar, sino que lo hace en el transcurso de la visita o en las visitas posteriores, esto permite obtener nuevos datos, completarlos o validarlos.

Además, la valoración se debe realizar tanto de forma retrospectiva obteniendo datos del sujeto de cuidado y analizarlos en la actualidad o se puede realizar un análisis prospectivo de la información (46). La valoración prospectiva y retrospectiva de la familia podemos hacerla utilizando el familiograma, las descendencia de la familia permite conocer y evaluar riesgos genéticos, como problemas hereditarios en miembros de la familia con

lazos consanguíneos, mientras que la valoración retrospectiva la podemos realizar verificando la estructura familiar y sus relaciones esto permite anticipar problemas en la dimensión psicosocial, como un patrón en la repetición de la estructura familia o la relación entre los miembros como los vínculos afectivos deficientes.

La valoración a la familia como base del cuidado, revela que la enfermera utiliza la primera fase del proceso enfermero para orientar el cuidado individualizado a la familia, concibiéndola como un sistema, aunque todavía muestra oportunidades de mejora. Realiza la valoración utilizando la ficha familiar debiendo fundamentar la aplicación de ésta en el marco teórico conceptual que le dé sustento (teorías de Enfermería y enfoque sistémico). Se valora además a la familia continuamente a través de las diferentes visitas programadas (cuatro al año) comprendiendo la naturaleza dinámica de la familia.

III. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL EJE DE SALUD INDIVIDUAL: ETAPA NIÑO, ADOLESCENTE, GESTANTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR

El sistema familiar se desarrolla entre personas de diferente sexo, estadio de maduración física, mental, social y espiritual, donde la alteración en alguno de sus miembros implica disfuncionalidad del sistema familiar y no solo en el individuo. Un sistema familiar favorable permite adquirir estilos de vida saludables, se crea una sociedad más sana, con prevención de vicios, enfermedades crónicas y trastornos alimenticios provocados por problemas emocionales (47). Por ello de acuerdo a los planteamientos del Ministerio de Salud la salud individual es uno de los ejes fundamentales cuando se cuida a la familia como sistema (35).

En el paradigma de la transformación, la persona fue concebida como un ser holístico, en la que sus dimensiones no pueden ser desligadas entre sí, cada una de ellas se mantienen en constante interacción; es un ser energético, único e indivisible, que presenta una forma de concebir la vida y la salud diferente y única, con sus propias experiencias sobre salud, ser crucial para cuidarse de sí mismo (15). Jean Watson (26), teórica representante del paradigma transformador, abarca la dimensión ampliamente humanista de la persona en

su teoría de la Filosofía del cuidado, considerando las dimensiones físico, mental y espiritual en total equilibrio para un completo estado de bienestar.

Así mismo para el MCI (3), cuidar al individuo implica realizar intervenciones para cuidar a la persona y promover su autocuidado en cada etapa de vida (etapa prenatal, niña niño, adolescente, adulto joven, adulto y adulto mayor) en todas sus dimensiones (biofísica, psicológica, social y espiritual) ya que cada etapa de vida influye en la siguiente. Pero las enfermeras usaron el MAIS herramienta para realizar las intervenciones.

La niñez ha sido priorizada a través de políticas públicas a nivel mundial partiendo de los objetivos de desarrollo sostenible donde promueven los derechos de la infancia y suponen una oportunidad para proteger a todos los niños (48). Su priorización es debido a que niñez es la primera etapa del desarrollo humano, donde el desarrollo cerebral es vital para adquirir habilidades, formar la conducta, emociones, las habilidades cognitivas, la personalidad y además para desarrollar la estructura física permitiendo así que el ser humano se adapte a su entorno (49).

El MAIS distribuye los cuidados en paquetes de atención integral por etapa de vida, pero solo algunos de estos se pueden realizar durante la visita como al niño, las enfermeras evidencian en los discursos algunas de las intervenciones realizadas para la salud del niño en el hogar:

“... cuando vamos directamente a la casa y hay un recién nacido... se le orienta en sus cuidados, sobre la higiene, el baño, los signos de alarma, lactancia materna, importancia de vacunación, estimulación y preguntas que puedan hacernos... En un lactante, casi lo mismo, pero según edad, sobre todo estimulación y vacunas, y lo de alimentación complementaria... Se trata de ver que tengan sus tamizajes de acuerdo para su edad, ya sea de hemoglobina o de parasitosis ...”

ORQUIDEA, 36 años nombrada, sin especialidad

“(en niños) ... en primer lugar, debe tener sus vacunas de acuerdo a su edad, sus controles de crecimiento y desarrollo que es primordial También me percató que tenga sus tamizajes de

acuerdo a su edad, de anemia y de parasitosis, su profilaxis con hierro ... información... consejerías sobre signos de alarma del recién nacido, la importancia de las vacunas del recién nacido, el control de CRED, la higiene, cuidados del recién nacido, lactancia materna ...”

GIRASOL, 39 años, nombrada, sin especialidad

Este cuidado basado en consejerías se puede corroborar con las entrevistas dirigidas a las familias:

“...Me dijo sobre su alimentación, como era primeriza, me dijo que tenía que darle pura leche de seno hasta que tenga medio año, y me dijo cómo tenía que darle sus papillas...”

FAMILIA TULIPAN

“... llegaron por mi niño en ese tiempo tenía más o menos dos meses Nos hablaron de la anemia, de unas gotitas de sulfato ferroso que teníamos que darle...”

FAMILIA CAMELIA

“Llegó una señorita y me preguntaron si aquí vivía la niña ... me hicieron preguntas sobre ella, que le daba de alimento en la mañana, en la tarde y en la noche, que leche le daba... sabía cuanto de hemoglobina tenía mi hija y me preguntaron si sabía que tenía anemia... me preguntaron por sus vacunas ...”

FAMILIA LILA

Los recién nacidos, se encuentran en un periodo de adaptación a la vida extrauterina, los lactantes menores tienen como actividad principal coordinar sus habilidades sensitivas y motoras, por lo tanto el cuidado en este periodo es totalmente dependiente (50), donde los cuidados en el domicilio se deben brindar a la madre o el cuidador a través de consejerías que permitan mejorar el cuidado al recién nacido, temas como la higiene o el baño, los signos de alarma y la lactancia materna se consideran primordiales, para permitir la supervivencia del recién nacido y prevenir la morbilidad en este periodo (51).

Las consejerías en estimulación que agregan las enfermeras permiten mejorar los cuidados de la madre para el beneficio del desarrollo de las habilidades motoras en el niño. Además, la importancia que se le brinda a las vacunas, a los tamizajes de anemia y parasitosis, ayudan a reducir la tasa de morbimortalidad en la niñez.

La enfermera debe enfocar sus cuidados, sin dejar de lado los otros aspectos de la persona en esta etapa como el desarrollo emocional y psicosocial. Las enfermeras Azucena y Rosa agrega al cuidado consejerías en las pautas de crianza y valoración de la socialización expresadas en los siguientes discursos:

“Donde hay niños ... Realicé consejerías pequeñas y cortas por el tiempo, pautas de crianza, de enfermedades crónicas, de anemia o vacunas la importancia, sobre todo.”

AZUCENA, 59 años, nombrada, sin especialidad

“... (en los niños) se ve que tenga sus vacunas completas, sus controles, sus tamizajes, cómo se alimenta, cómo responde ante la sociedad ... si es sociable, si desconfía en gente ajena ... como va con la alimentación, en el colegio, como se relaciona con sus compañeros ...”

ROSA, 40 años, nombrada, sin especialidad

Las prácticas de crianza son las acciones desempeñadas por los padres o personas responsables del cuidado del niño/a como respuesta a las necesidades. Las pautas de crianza permiten ayudar al cuidador a brindar cuidados a favor del desarrollo socioafectivo del infante, pues los modelos, valores, normas, roles y habilidades que se aprenden durante la infancia se dan dentro del sistema familiar, y están relacionadas con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas que ayudan a generar adultos socialmente aceptables (52).

Todos estas intervenciones brindadas por las enfermeras se encuentran plasmadas en el paquete de atención que ofrece el MAIS (2), dejando de lado de lado las consejerías sobre las suplementación de vitamina A, evaluación de la agudeza visual, tamizaje de violencia intrafamiliar, cuidados en salud mental, autoestima y habilidades sociales, manejo y prevención del bullying, prevención de riesgos, uso racional de tiempo libre entre otros,

intervenciones que también se encuentran en este paquete y que son temas importantes en esta etapa.

El cuidado en la niñez es primordial para el desarrollo de las demás etapas de vida, la etapa adolescente es la etapa continua a la niñez, esta etapa se define como el periodo de transición única entre la infancia y la edad adulta caracterizada por numerosos e importantes cambios bio-psico-neuronales. Los cambios físicos, hormonales y conductuales específicos asociados a esta fase debe ser la base para que la enfermera brinde los cuidados.

Las enfermeras en estudio brindan cuidados a los adolescentes descrito en los siguientes discursos:

“En el adolescente también me percató que tenga sus controles, sus vacunas completas para adolescente, su atención integral, que esté completa...Consejería para un adolescente: en vacunas, sobre alimentación adecuada”

GIRASOL, 39 años nombrada, sin especialidad

El aspecto biofísico cuidado por las enfermeras se centra en promocionar una alimentación adecuada, la adolescencia marca el fin del crecimiento somático, donde una alimentación adecuada para el adolescente permite un crecimiento adecuado. Otro tema abordado por las enfermeras es la vacunación, en la adolescencia tiene dos motivos primordiales, reforzar la vacunación infantil, prevenir nuevas enfermedades, sobre todo, enfermedades de transmisión sexual, donde el adolescente tiene un índice de riesgo alto para contraer alguna de ellas (54), para ellos es importante no dejar de lado el aspecto psicosocial en temas como retraso en las relaciones sexuales, cambios de humos y toma de decisiones que aborda en el cuidado la enfermera orquídea, evidenciado en el siguiente discurso:

“... En el adolescente, le oriento sobre lo ideal que es retrasar las relaciones sexuales, sobre alimentación, actividad física, de los cambios de humor, en toma de decisiones también, higiene...”

ORQUIDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

Retraso o no de las relaciones sexuales, cambios de humor y la toma de decisiones asertivas o no en este grupo de edad están influenciados por factores como: el proceso de maduración del cerebro, la percepción subjetiva del riesgo, los distintos sistemas de procesamiento cognitivo de la información, el papel de la familia y el grupo de pares (55). Por esta razón se vuelven temas primordiales para tratar en la visita domiciliaria con el adolescente, con los padres o los cuidadores y con toda la familia en general.

Otra etapa de vida atendida por las enfermeras es la gestación dando cuidados biofísicos en promoción y prevención de la salud a través de consejerías en dos temas, alimentación en la gestación y signos de alarma, evidenciados en el siguiente discurso:

“...Con la gestante ... Si hay algún problema que yo puedo ayudar, más sobre todo con información, con consejerías, con signos de alarma ... lo de alimentación en su gestación.”

GIRASOL, 39 años, nombrada, sin especialidad

El MAIS (3) considera la etapa prenatal para dar cuidados a la gestante con el objetivo llevar un embarazo saludable que disminuye los riesgos de muerte en ella, y permite controlar y manejar las exposiciones que sufre el feto para que este alcance un adecuado desarrollo psicomotor, emocional y social en el curso de vida.

La alimentación adecuada en una gestante permite prevenir problemas no solo en la salud materna si no en la salud fetal, tener una alimentación adecuada permite la ganancia de peso adecuada en el feto y además una producción de leche materna con los nutrientes adecuados para el niño al momento de nacer que será la única fuente de alimento hasta los 6 meses de vida (56). La malnutrición en los niños tiene base en la malnutrición en mujeres que genera una ganancia de peso bajo y tiene como consecuencia un recién nacido con bajo peso, una niñez desnutrida que trae consigo otros problemas de salud como una reducida capacidad mental en niños.

Entre la atención brindada por las enfermeras en la etapa adolescente y gestante se encuentra la derivación de estos a otro profesional de la salud, cumple con el principio de integralidad según el MAIS, al dar una atención con el equipo multidisciplinario. Esta derivación a otros especialistas denota una atención limitada en temas de promoción de

la salud y prevención de la enfermedad en el aspecto psicosocial, descritas en los siguientes discursos:

“Los adolescentes y gestantes no controladas los lleva obstetricia. Si me encuentro con cualquiera de ellos, tomo sus datos y les digo que deben pasar por obstetricia. Se les deriva directamente... eso no me impide atenderlos, porque nosotras cuidamos a todos en sus etapas de vida... Y no solo se deriva a obstetricia, si no también puede que sea derivado a psicología”

ORQUIDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

“Los adolescentes están a cargo de obstetricia. Pasan directamente con ellas. En algo puedo ayudar, como algún consejo... pero con más específico lo hace la obstetra ... yo como responsable me encargo de llevarlo con un psicólogo o con la obstetra, si es con ambos mejor... entonces por ahí una consejería breve y una derivación si procede con psicología.”

ROSA, 40 años nombrada, sin especialidad

Esta acción es corroborada por la familia:

“...pero ella nos habló en mi casa a nosotros que estaba en la adolescencia que era una etapa difícil, mi hija estaba media despistada y nos dijo que vayamos al psicólogo primero ella y luego toda la familia...”

FAMILIA CAMELIA

La salud familiar que incluye también el cuidado a todos sus miembros. Según Zurro A (14), debe realizarse bajo una atención y es prioridad del profesional médico y la enfermera, cada uno en sus labores.

En las manifestaciones se puede evidenciar, como el cuidado de otro miembro de la familia en este caso de los adolescentes y embarazadas se deja a cargo a la obstetra, es decir se limitan los cuidados a estas etapas de vida, a pesar de reconocer que las enfermeras están capacitadas para cuidar todas las etapas de vida.

El enfoque interdisciplinario en enfermería, permite ampliar el nivel de cuidado a la familia, extender el alcance de los cuidados, pues no todo el equipo multidisciplinario puede realizar la visita al mismo tiempo en la misma familia.

Otra etapa de vida que se evidencia en el cuidado de las enfermeras es la adultez, los cuidados están orientados principalmente a la identificación y valoración de factores de riesgo, control de daños, problemas de salud mental, estos temas son abordados, evidenciados en los siguientes discursos:

“... yo me dirijo a la señora (adulta) sobre la alimentación, de la variedad de la alimentación, de evitar frituras y grasas, del consumo de poca azúcar... Si son adultos, al menos que sepan cuales son las enfermedades crónicas más invalidantes como diabetes, la hipertensión, obesidad...”

ORQUÍDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

La promoción de la salud en alimentación adecuada: reducción de sal y azúcar en la dieta, ayuda a evitar enfermedades crónicas como: diabetes e hipertensión, donde la enfermera orquídea centra su cuidado, para evitar el riesgo de padecerla. La educación nutricional cumple una función muy importante en la búsqueda de transformar la conducta alimentaria no saludable, proporcionando conocimientos sobre la alimentación adecuada, sus características y relación con diferentes enfermedades crónicas (57). Estas intervenciones de las enfermeras concuerdan con el objetivo del cuidado en el adulto mencionado en el MCI y con el paquete de atención mencionado en el MAIS.

La enfermera begonia agrega la salud mental en esta etapa, específicamente a las madres entrevistadas, que en su mayor proporción son las que se dedican a los cuidados de la familia:

“...aparte de ello me interesaba el aspecto de la salud mental, puedes contribuir mucho a que esa familia viva mejor se lleve mejor... puedes encontrar a mamás (adultas) que están tristes o deprimidas o que se encuentran con toda la carga del hogar, si bien

no soy psicóloga, pero una palabra de aliento, una palabra oportuna puede ayudar a que esa familia este mejor en todos los aspectos.”

BEGONIA, 41 años nombrada, sin especialidad

La salud mental tanto en la madre como en el padre es uno de los factores que pueden incidir en la funcionalidad o disfuncionalidad de la alianza familiar, son aquellos aspectos más cercanos al individuo los que parecen incidir de manera más directa, de manera tal que la salud mental de los padres, resulta un factor relevante a considerar en la evaluación de las interacciones familiares (58). Por lo tanto, su cuidado es indispensable para la salud de la familia.

La última etapa cuidada por las enfermeras investigadas es la adultez mayor, el MAIS considera que el objetivo de la atención integral en esta etapa de vida se debe dirigir a reducir los periodos de enfermedad, la dependencia del cuidado de otros, es decir promover un “envejecimiento saludable”, y debe ser abordada centrado en el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos socio familiares propicios y favorables que les permita continuar su desarrollo personal.

Para el cuidado de esta etapa de vida las enfermeras centran sus cuidados en el segundo nivel de prevención: diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, evidenciado en el siguiente discurso:

“...adultos mayores ... a cómo deben prevenir esas enfermedades (consejerías de enfermedades crónicas más invalidantes como diabetes, la hipertensión, obesidad), y si en caso ya los tuvieran que es lo más probable, a cómo seguir su tratamiento, a que no llegue a desarrollar secuelas. También a que se sientan importantes, a que no se depriman... vemos si está en el programa del adulto mayor, y en qué tipo de familia se encuentra, si lo incluyen en las actividades recreativas, porque quizá lo pueden aislar.”

ORQUÍDEA, 36 años, nombrada, sin especialidad

La familia corrobora el cuidado en el siguiente discurso:

“En ese entonces estaba mi suegra viviendo aquí, ella estaba mal porque había muerto mi suegro, no quería comer, estaba triste. ...Si se preocupó por qué le dije que había bajado bastante de peso, que no quería comer, solo paraba sentada en una silla cerca a la puerta, no hablaba... A la semana creo me llama la enfermera para que la lleven al psicólogo por su depresión, ella no quería ir. Pasó el tiempo, no me acuerdo si fue ahí no más, pero vino ella con la psicóloga, y ahí estuvieron hablando.”

FAMILIA GERANIO

Cada etapa influye en la siguiente, la condición de la salud de la adultez mayor es la consecuencia de los cuidados anteriores desde la etapa de la niñez. Evitar enfermedades invalidantes en esta etapa, es primordial, si aun los adultos mayores no la padecen. pero si los adultos mayores padecen enfermedades crónicas se centran los cuidados en la prevención secundaria.

El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, Son las medidas dirigidas a detener o retrasar el progreso de una enfermedad que ya tiene una persona. Consideradas prevenciones secundarias.

Además, la enfermera orquídea menciona la salud mental en esta etapa, centrándose en prevenir la depresión e incluir en actividades recreativas al adulto mayor por parte de la familia. La depresión es una enfermedad que se suscita en el adulto mayor por factores como envejecimiento del cerebro, cambios anatomofuncionales, cambios de humor, demencia, enfermedades crónicas, pobre red familiar y asilamiento social, factores psicosociales como la jubilación y la soledad (59), estos factores se deben valorar en los adultos mayores y tomar en cuenta para realizar cuidados, además de brindar a la familia consejerías para prevenir que los adultos mayores padezcan de esta enfermedad.

La etapa de la juventud, se caracteriza por llegar al término del desarrollo biológico, continúa el desarrollo mental y se comienza el desarrollo profesional. Predomina el proceso individual, se asumen papeles y responsabilidades sociales, ideas concretas sobre valores, familia, religión y educación (60) así como mayor exposición a factores de riesgo, siendo necesario realizar intervenciones preventivas para identificar riesgos,

fomentando conductas saludables de autocuidado, a través de la prevención y promoción de comportamientos saludables, para promover el completo desarrollo físico, maduración mental, desarrollo intelectual, desarrollo emocional y desarrollo social.

Esta etapa no se muestra cuidada por las enfermeras investigadas, pues las enfermeras mencionan una selección en las etapas bajo enfoques de riesgo en el siguiente discurso:

“...La familia se elige por riesgos, no es un acuerdo mío... lo elige el centro de salud, elige las zonas donde hay personas con mayor riesgo... mayormente nos mandan donde hay niños y adolescentes con riesgo, es en consenso...”

BEGONIA, 41 años, nombrada, sin especialidad

El MAIS menciona una atención integral en todas la etapas de vida, pues todas las etapas tienen su peculiaridad y tienen riesgos, pese a ellos existe el proyecto multipaís Bolivia, Guatemala y Perú que es un modelo de atención integral de salud, basado en familia y comunidad en el primer nivel, menciona que la visita familiar integral, debe planificarse de acuerdo a etapas con mayor riesgo como en las familias donde tienen niñas(os) menores de cinco años, mujeres embarazadas, adultos(as) mayores, y otros riesgos seleccionados según el plan de salud local (61). Las enfermeras del estudio afirman que estas etapas seleccionadas para el cuidado se dan en consenso por el programa de salud familiar de su centro de salud.

Siendo necesario cuidar la juventud pues actualmente las enfermedades crónico degenerativas como obesidad, diabetes, HTA, cáncer, depresión, dependencia a drogas, entre otros, presentan una prevalencia cada vez mayor entre las y los jóvenes. Dichas enfermedades tienen un fuerte impacto en el sistema de salud y la calidad de vida en la etapa adulta. Por ello es necesario brindar a las y los jóvenes un acceso oportuno a los servicios de salud y realizar intervenciones preventivas que puedan identificar a las jóvenes y los jóvenes que se encuentran en riesgo (62).

Las enfermeras de la investigación cuidan a la persona en la etapa niño, adolescente, gestante, adulto y adulto mayor durante la visita domiciliaria promoviendo la salud y

previniendo la enfermedad hasta el segundo nivel de prevención. En los aspectos biofísico y psicosociales de algunas etapas, dejando un aspecto importante que es el espiritual.

El ser humano es un ser espiritual desde que nace hasta que muere, somos cuerpo, mente y espíritu. Se ha evidenciado experimentalmente cómo la Espiritualidad puede convertirse en una fuente de motivación, ya que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden afectar positiva o negativamente su salud. Intervenir en la espiritualidad ayudaría a los individuos a inculcar estilos de vida saludables en el autocuidado.

IV. DEVELANDO LIMITACIONES EN LA RELACIÓN DE AYUDA A LA FAMILIA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA

El cuidado como esencia del quehacer de la Enfermería, se fundamenta en una relación interpersonal entre la enfermera-persona- familia cuidada a la que se le denomina relación de ayuda, con el fin de ayudar a identificar su potencial para promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los problemas de salud que puedan padecer (63).

La relación de ayuda es aquel proceso de formación de “un lazo emocional e intelectual”, entre el profesional de enfermería, la persona y/o familia, a través de ella se facilita la autonomía, se modela el cuidado de acuerdo a la cultura y valores, y se identifican los recursos personales y familiares para tener control sobre la propia salud (34).

Por tanto, el proceso de cuidado enfermero hacia la familia, se sustenta en el desarrollo de la confianza, aceptación mutua e interés genuino y real de ayudarla; siendo la comunicación fundamental, por ser este proceso esencialmente de interacción humana: “la Enfermería no existiría si no hay un proceso de interacción personal previo y durante la intervención de enfermería” (19).

Este proceso, independientemente del tiempo, consta de cuatro fases. Preinteracción, introductoria, de mantenimiento y terminación.

La preinteracción consiste en aquello que involucra antes del contacto (35) que, en el caso del cuidado a la familia durante la visita domiciliaria, constituye la planificación de la visita, en la que se toma en cuenta la información general o previa obtenida de la carpeta familiar y/o ficha familiar para identificar las necesidades de la familia que serán el motivo del cuidado.

Al respecto de esta fase no se develó información que permitiera denotar la preocupación del profesional por contar con información previa importante para llevar a cabo la planificación de la visita familiar, dificultándose la forma en que se recolectarán los datos, reconocimiento de las limitaciones y la búsqueda de ayuda si es necesaria.

En relación a la fase de introducción o de orientación Kozier (34) señala que constituye el pilar para el éxito o no de la relación de ayuda por tanto es la primera impresión que tiene el sujeto de cuidado, y es fundamental para el desarrollo de la confianza.

La importancia de una relación adecuada entre enfermera- persona/familia es que el nivel de establecimiento de confianza mutua, recíproca, abierta y honesta determinará la apertura que muestre la familia hacia el cuidado y el profesional de enfermería. Esta apertura garantiza un mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona (19), importante debido a que garantiza el acercamiento voluntario y no necesariamente el acercamiento al establecimiento de salud durante la enfermedad (15).

Esto se puede evidenciar en el siguiente discurso:

“Al personal nos conocen, ... somos de la zona. Lo bueno es que hay confianza entre ellos y las enfermeras más que todo”.

GIRASOL, 39 años, nombrada, sin especialidad

La confianza entre el profesional de enfermería y la familia influye positivamente en las visitas domiciliarias, encaminando productiva y fácilmente el trabajo, ya que flexibilizar barreras como desconfianza, temor y vulnerabilidad. La confianza generada con anterioridad en la familia por otra enfermera profesional agiliza el proceso del cuidar al crear un ambiente adecuado para esta interacción.

Así pues, el objetivo en esta fase es desarrollar confianza y seguridad de la familia mediante actitudes como la empatía, respeto, manifestación de valores, la clarificación del papel y autenticidad de cada implicado en la relación (34).

La empatía es una capacidad que debe estar presente durante el cuidado, en específico, para una relación interpersonal, pues permite un contacto más humano, más conexión con el sentir de la persona, y, por tanto, más confianza, a un sentir de más dedicación, una preocupación real por el bienestar del otro (34).

El siguiente discurso de una familia denota o evidencia la actitud empática del profesional hacia la familia durante la visita domiciliaria:

“... Me preguntó qué había pasado, por qué no había pasado porque no había ido, y no recuerdo que le expliqué... me dijo que si me falta tiempo o pasa algo que yo la llame para que me pueda ayudar ... me ayudó bastante, por que como tenía a mi hijita, es difícil sacar cita o si no ibas un día, ya lo perdías. Entonces la llamé y le dije que no iba a poder ir por algo que había pasado...”

FAMILIA AMAPOLA

Este discurso indica lo importante que es la empatía para mantener la confianza con las familias, haciendo referencia a que la enfermera se puso en el lugar de la familia, al comprender la situación y “la ayudó” lo cual favorece el cumplimiento de los acuerdos y las responsabilidades asumidas por las familias en el cuidado de su salud.

Durante el cuidado, se debe considerar que las personas son seres complejos, con sentimientos, dudas y temores, ambientados en diferentes contextos, viven experiencias y asumen responsabilidades diversas diarias, más allá de las que se pueden percibir en una visita domiciliaria, por lo que cualquier gesto afectuoso y sobre todo respetuoso, será recibido con gratitud. Para ello es necesario que la enfermera muestre empatía hacia la familia y hacia cada uno de sus miembros, tener la capacidad de ponerse en la situación y tratándole como le gustaría ser tratado en ese mismo momento.

El respeto según Kohlberg citado por Uranga A, Rentería S, Gonzales R (64) es una actitud moral que nos permite actuar y tratar a la persona apreciando su dignidad. El

saludo es una señal de respeto un gesto de consideración del profesional hacia el sujeto de cuidado. Un acto tan simple como el saludo e identificarse como profesional de salud, permitiendo establecer una relación de mayor proximidad, afirmar la identidad profesional, y por tanto el objetivo del personal de Enfermería para con la familia (65).

“Al llegar a la familia, nos presentamos, que somos del Centro de Salud El Bosque, que estamos llegando a su domicilio para brindar nuestra disponibilidad, en qué podemos ayudar para mejorar su salud, en la familia... Le explico que acudo para aplicar la ficha, que lo va a ayudar en su salud...”

GIRASOL, 39 años, nombrada sin especialidad

“...Se presentaba, felizmente porque yo no abro la puerta a gente desconocida, y pueden hacerse pasar. Dijo que venía de la posta para ver qué cosa podía ayudar. En todo momento muy amable, a veces hablaba con mi hijo, le preguntó unas cosas, muy buena. ...Si nos preguntó nuestros nombres, si, y a mí siempre me llamaba por mi nombre...”

FAM AMAPOLA

La dimensión humana es la más valorada por la familia. Solo basta un saludo cordial y una despedida amena, para que ella se sienta tratada como una persona. La población aspira y reconoce merecer una atención oportuna, respetuosa, cálida y de calidad (63).

Desde el simple acto de saludar y respetar (el nombre, el tiempo y la decisión de la familia), demuestra que realmente hay un interés por su salud. Usualmente, las personas suelen confiar más en una persona cuyo nombre se conoce, significa afirmar la identidad, afirmarse como personas, genera confianza y se puede desarrollar de forma más efectiva la labor profesional. Y desde el punto en las enfermeras preguntan y llaman por su nombre a los miembros de la familia entrevistados marca la individualización de los cuidados e indica que a la persona se le está respetando su dignidad. Dar valor a quienes son y a lo que pueden llegar a ser, acompañándolos en ese proceso, considerarlo agentes activos y sensibilizados en la búsqueda o conservación de bienestar familiar.

La Clarificación del papel en la fase de introducción de la relación de ayuda es la aclaración de los roles tanto de la familia como de la enfermera (66), esto Resulta importante para establecer la responsabilidad individual y mutua.

Así mismo en la fase de introducción de la relación de ayuda resulta importante declarar el objetivo en este caso de las visitas domiciliarias y de las siguientes, que consiste en recoger información relacionados a la salud, identificar problemas y elaborar soluciones en conjunto con la familia, está haciéndola partícipe de acuerdos, desde fecha y hora de la visita, así como la priorización de la solución de los problemas detectados (4).

Podemos identificar eso en el siguiente discurso:

“... le explicamos a la familia la finalidad de la visita y los datos que necesitamos recolectar ... se coordina con ella qué otra fecha puede tener disponible o en qué horarios se le puede visitar, pero siempre coordinando con la familia...”

CLAVEL, 33 años, nombrada, especialista en Emergencia y Desastres

En este discurso, la enfermera identifica la importancia de informar, de manifestar el propósito de la visita domiciliaria, lo que facilita la participación de la familia en su cuidado en la toma de decisiones, considerándola en toda coordinación y respetando su autonomía y dignidad.

El principal objetivo durante la interacción enfermera-persona/familia para dar paso a una comunicación en confianza es disminuir cualquier tipo de emoción negativa o restringida que pueda limitarla para que exprese sus sentimientos e inquietudes y así hacerle partícipe de sus cuidados. El juzgar resulta inapropiado y obstruye la expresión de sentimientos, por el contrario, se debe mantener una escucha activa, respeto y conservar su confidencialidad.

“...Nunca se molestó cuando no iba por la vacuna, siempre me preguntaba qué había pasado antes, porque uno no sabe...”

FAMILIA AMAPOLA

Después de que el profesional de Enfermería y la familia han desarrollado confianza, aclarado el objetivo de esa relación y el desempeño de cada uno en ella, que la familia lo ha identificado como alguien profesional y verdaderamente competente para ayudarlo, prosigue la fase de mantenimiento. Esta fase permite progresar hacia considerar que cada parte es único, a valorar su singularidad, un aumento de la empatía, a la exploración y comprensión de sentimientos y a facilitarle la implementación de acciones a favor de su salud. Y por último la fase de terminación, en la que se ha logrado que la familia es capaz de afrontar independientemente problemas relacionados con su salud.

En relación a las fases que no se evidencian en la categoría, las investigadoras develan que la relación de ayuda desarrollada durante la visita domiciliaria se encuentra limitada. Corroborándose con los discursos de las familias que afirmarían que el proceso de relación de ayuda solo se evidencia la fase de introducción donde las otras fases se encuentran de manera implícita durante todo el cuidado a la familia.

La importancia de la relación de ayuda en el cuidado de Enfermería radica en que se conserva la dignidad de la familia, y en que favorece la obtención de mejores resultados, por lo que el hecho de que no se está desarrollando de manera completa puede afectar los resultados de la visita domiciliaria.

CONSIDERACIONES FINALES

El profesional de enfermería sustenta su cuidado en la concepción de familia como sistema, una unidad que permanece en constante relación con su entorno, cuya salud se ve influenciada e interrelacionada con la salud de sus integrantes. Sin embargo, su concepción sobre la dinámica familiar y sus componentes aun es incipiente. Cabe señalar también que no afloran concepciones de un marco teórico propio que sustente el cuidado enfermero.

La valoración durante la visita domiciliar se realiza utilizando como instrumento la ficha familiar que incluye a su vez el familiograma para la valoración de la estructura, vínculos e información de salud. Además, se ha adaptado el uso del APGAR familiar para valorar la satisfacción de la familia acerca de su funcionalidad. Aunque la ficha contiene el Ecomapa, los profesionales no hacen referencia a este instrumento de valoración de las relaciones de la familia con el macrosistema.

Las intervenciones de enfermería se corresponden con los tres niveles de prevención centrando sus cuidados en los aspectos biopsicosociales dejando de lado la dimensión espiritual de la persona a la que se prioriza cuidar en su etapa: niño, adolescente, gestante, adulto y adulto mayor con participación del equipo multidisciplinario reconociendo los beneficios de cada disciplina para lograr un cuidado integral.

La relación de ayuda durante el cuidado a la familia en la visita domiciliar queda limitada solo a la fase de introducción, respetando la dignidad de la familia al llamar a los integrantes por su nombre y al identificarse como profesional de Enfermería, sin embargo, no se hace referencia a la exploración de sentimientos y concepciones previas lo que puede interferir en la implementación de las acciones planificadas y el establecimiento de la confianza entre el profesional y la familia.

RECOMENDACIONES

A los profesionales de enfermería

- Fortalecer la práctica del proceso enfermero fundamentado en un marco teórico propio que oriente el cuidado holístico del sistema familiar durante la visita domiciliaria.
- Establecer espacios de reflexión acerca de la importancia de cuidar la dimensión espiritual de la familia para mejorar su calidad de vida y fomentar su bienestar
- Reflexionar sobre la importancia de la relación de ayuda, en el cuidado a la familia durante la visita domiciliaria que permita promover el potencial de la familia para participar activamente en el cuidado de su salud.

A las autoridades

- Revisar el instrumento: Ficha familiar, con la finalidad de integrar en la valoración la pandimensionalidad de familia.
- Fomentar la especialización de los profesionales de enfermería en el área de salud familiar y comunitaria en concordancia a las políticas actuales.

Al personal Docente

- Desarrollar experiencias de aprendizaje que permitan a los estudiantes de enfermería participar en la programación, ejecución y evaluación de la visita domiciliaria en el marco del modelo de cuidado de la salud vigente.

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 1948 [citado 12 may 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
2. Ministerio de Salud (MINSA). Documento Técnico: Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. MAIS. [Internet]. Lima, Perú: 2011 [citado 12 may 2021]. Disponible en: <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
3. Ministerio de Salud (MINSA). Documento técnico: Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). [Internet]. Lima, Perú: 2020 [citado 12 may 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>
4. Ministerio de la mujer y Poblaciones vulnerables. Manual de visitas domiciliarias, mirando y acompañando con cuidado y afecto. [Internet]. Lima, Perú: 2014. [citado 12 may 2021]. Disponible en: [manual-de-visitas-domiciliarias-FINAL.pdf \(mimp.gob.pe\)](#)
5. Moubarik G. Atención de Enfermería en la visita domiciliaria. Ocronos [Internet]. 2021 [citado 12 may 2021] ;4(9): 23. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencion-enfermeria-visita-domiciliaria>
6. Gonzales P., Cuesta N., Sanz B., González P., López A., Romero A., et al. Educación interprofesional a través de la atención domiciliaria: experiencia tras 2 años de implementación en los grados de Medicina y Enfermería de la Universidad Europea de Madrid. Educ Med. 2017 [citado 12 may 2021]; 20 (1):2-7. Disponible en: <https://1library.co/document/zlnjmwraq-educacion-interprofesional-atencion-domiciliaria-experiencia-implementacion-enfermeria-universidad.html>
7. Fanning M, Castro R, Vásquez M. El cuidado a la familia: Requerimiento esencial del siglo XXI. Universitario UNPRG. Perú; 2019
8. Canales F.H. Pineda E.B, De Alvarado E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Vol I. 2ª ed. Washington; 1994.
9. Simons H. El estudio de caso: teoría y práctica. Madrid: Morata; 2009.
10. Ludke M. El estudio de caso: Su potencial en educación. Traducción de Lucía Aranda Moreno, Doctora en Enfermería P.P.T.C. UNPRG 1986.
11. Polit D., Hungler P. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. Vol I. 6° ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000
12. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la investigación. 5ta ed. Editorial Mc Graw Hill. México. 2010. Pag. 414-436.

13. Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. [internet]. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/wp-content/uploads/sites/39/2011/09/DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdd>
14. Zurro A., Solá G. Atención Familia y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docente y estudiantes. Elsevier. 2011. Barcelona, España
15. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Masson SA, Madrid; 1996.
16. Naranjo Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Scielo [Internet]. 2019 [citado 09 Oct 2021]; 23 (6): 814-825. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814#:~:text=El%20metaparadigma%20de%20enfermer%C3%ADa%20es,perspectiva%20de%20los%20cuidados%20enfermeros.&text=Integra%20las%20definiciones%20conceptuales%20de,un%20significado%20concreto%20y%20exclusivo.
17. Aguilar G et al. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Eneo [Internet], 2007 (2021), 4(2):26- 30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741822005.pdf>
18. Bustamante S. Enfermería Familiar. Principios de cuidado a partir del saber (in)común de las familias. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2004. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789972959783/enfermeria-familiar-principios-de-cuidado-a-partir-del-saber-in-comun-de-las-familias/>
19. Minuchin S. familias y terapia familiar [Internet]. México. Gedisa S.A. 1974 [14 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B08c1LEUictRUFFnTDITZkFLOEU/view> 6
20. Kutlu Y, Boyacıoğlu N. E. A Model for Promote and Strengthen Individual/ Family Health: McGill Nursing Model. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2015; 22(3): 172-179. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675104/murillo_vega_marcostfg.pdf?sequence=1
21. Rojas C. Aplicación de la teoría de Martha Rogers para el cuidado de la gestante en trabajo de parto. CIBERINDEX (internet). 2018 (2021), 12(28): 048. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e048.pdf>
22. Arias P, Mejía G, Matus S. Revisión documental basada en la teoría de Martha Rogers: cuidado armónico a las adolescentes gestantes en Bogotá en el año 2017. Rev. Iberoam (internet). 2018 (2021); 9(1):45-51. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/298/revison-documental->

- basada-en-la-teoria-de-martha-rogers-cuidado-armonico-a-las-adolescentes-gestantes-en-bogota-en-el-ano-2017/
23. Espinal I, Gimeno A., González F. El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. Dialnet. [Internet]. 2004 [23 de nov 2021]; (14): 21-34. Disponible en: <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
 24. Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Rev.Virt. Univ. Católica del Norte [Internet]. 2011 [23 de nov 2021]; (35): 326-345. Disponible en: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>
 25. Estrella S, Suárez B. Introducción al estudio de la dinámica familiar. Rampa, 2006; 1(1): 36-47
 26. Marriner A. Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 7ma ed. Barcelona, España: Elsevier; 2011 [citado 09 oct 2021].
 27. Terenzi S, Elias M, Staevie B, Helvo S. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud colect (internet). 2016 (2021),12 (1) :113- 123. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2016.v12n1/113-123/es/>
 28. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, Arch Med [internet]. 2011 33(1). Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi55f3OkYX1AhUYJbkGHQ2JA2oQFnoECBYQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.edu.uy%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1688-423X2011000100003&usg=AOvVaw2C8kRCIF3uSnSprZf9CY2G
 29. Suarez M. Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012 [citado 16 may 2021]; 18 (2): 8 pantallas aprox. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010
 30. Baeta M., Da Costa N., Itsuko S., Gejo A., Icart M. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. Elsevier [Internet]. 2009 [citado 20 oct 2021]; 41 (7): 402–404. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7021919/>
 31. Nuñez C. Enfermería en el cuidado de la familia. Arequipa: Universidad Católica de santa María;2011
 32. Congreso de la república. Ley del trabajo de la enfermera(o) n°27669 [internet]. Lima: 2002 [2021]. Disponible en: http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf

33. Ministerio de salud pública y bienestar social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Rev. Salud Pública Parag [internet]. 2013[2021]; 3(1):41-48. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
34. Berman A., Synder S, Kozier B., Vilkinson J. Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica. Vol II. 5ta ed. Madrid, España: Pearson Educación, 2013.
35. Muñoz P. Instructivo de la ficha familiar. MINSA [internet]. 2010 [2021]. Disponible en: <https://sancosmecentrodosalud.files.wordpress.com/2010/08/red-instructivo-de-ficha-familiar-2010.pdf>
36. Ortega J, Ojeda V, Ortiz D, Guerrero C. Espiritualidad y cuidados de enfermería. RICSCH [internet]. 2016 [2021]; 5(10). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5039/503954317011.pdf>
37. Muñoz P, Quiñones L. Instructivo de la ficha familiar. Minsa [internet]. 2010 [2021]. Disponible en: <https://sancosmecentrodosalud.files.wordpress.com/2010/08/red-instructivo-de-ficha-familiar-2010.pdf>
38. Organización panamericana de la salud. Determinantes e inquietudes en salud. salud en las Américas. [Internet]. 2012 [2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=163&lang=es#:~:text=El%20concepto%20de%20determinantes%20estructurales,posici%C3%B3n%20socioecon%C3%B3mica%20de%20la%20gente.
39. Dary M, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Index Enferm [internet]. 2010 [2021]; 19 (2-3): 138-142. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200015&script=sci_arttext&tlng=en
40. Sevilla G, Almanzar C, Valadez G. La vivienda y su impacto en la salud.2014. Disponible en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_4/PDF/VIVIENDA.pdf
41. Villar A. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. Acta méd. peruana [internet]. 2011[2021]; 28(4): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
42. Martínez G. Desarrollo del vínculo afectivo. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 299-301. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/aepap2008_libro_299-310_vinculo.pdf
43. Chávez V, Calderón R, Hidalgo Z. Funcionamiento familiar y estilos atribucionales en estudiantes de psicología. Revista de psicología [internet].2008 [2021]; 111-124.

- Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rev_psicologia_cv/v10_2008/pdf/a09.pdf
44. Vásquez R et al. Manual de registro y codificación de actividades en la atención de salud familiar [internet]. Lima: Guillen R; 2014 [2014;2021]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2590.pdf>
 45. 17. Reyes L, Jara C, Merino E. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Cienc. Enferm [internet]. 2007 [2021]; 13(1): 45-57. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006
 46. Rubio S. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). Enferm Cardiol [internet]. 2016 [2021]; 23 (69): 30-39. Disponible en:
https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf
 47. Uresti M, Caballero R, Vasquez V, Ramirez J. La coherencia en el desarrollo humano y la salud integral. ISSN [internet].2013 [2021]; 8(1):26- 32. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwir5b-stYz1AhXII7kGH8CuMQFnoECACQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F4419%2F441942930004.pdf&usg=AOvVaw3MjKxV4FapfwftO_EC_qCw
 48. Unicef. Infancia y objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (internet). 2021.disponible en: <https://www.unicef.es/infancia-ods>
 49. Organización de los Estados Americanos (OEA). Primera infancia: una mirada desde la neuroeducación. [internet]. 2010 [citado 21 nov 2021].
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwui4JO30Yz1AhVUILkGHdOsAuQQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.iin.oea.org%2Fpdf-iin%2Frh%2Fprimera-infancia-esp.pdf&usg=AOvVaw1fuzuOqz8EkaikmVmHBdtE>
 50. Medellín G. Crecimiento y Desarrollo humano. Organización panamericana de la salud, Colombia, vol(1), 1995.
 51. Ministerio de Salud. Documento Técnico Promoción de Prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil. [internet]. 2010 [citado 21 nov 2021]. Perú, Lima. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjS6Juljs30AhU9ILkGHdXXCdQQFnoECB0QAQ&url=http%3A%2F%2Fbvs.minsa.gob.pe%2Flocal%2Fminsa%2F2216.pdf&usg=AOvVaw1z9fusuWu3-W29uvHzn2fZ>
 52. Cuervo A. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Diversitas [internet]. 2011 [citado 21 nov 2021]; 6(1): 111-121. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEw...>

- t=8&ved=2ahUKEwiHys30zYz1AhUUILkGHczGAJ4QFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F679%2F67916261009.pdf&usg=AOvVaw0VeZ ZgjUQsHtK0ZWRAAKEH
53. Ministerio de salud. Documento técnico: Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) [internet]. 2021 [citado 21 nov 2021]. Perú, Lima. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1148271>
 54. Tanaka J. Vacunas para la edad adolescente. Salud Pub. Mex. [internet]. 2007 [citado 15 nov 2021]; 49 (1): 322-324. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10649127.pdf>
 55. Luna A., Laca F. Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. Scielo [internet]. 2014 [citado 21 nov 2021]; 32 (1): 39-65. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2l8jN1oz1AhWnI7kGHXxUCYMQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.pe%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0254-92472014000100002&usg=AOvVaw2EJFFdoNsYnQ-j-_1IpCX2
 56. Martínez G, Jiménez O, Peral S, Bermejo, Rodríguez R. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Nutr Hosp (internet). 2020 (2021). 37(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000600009
 57. Bolet M., Socarrás M. Alimentación adecuada para mejorar la salud y evitar enfermedades crónicas. Rev. Cub. Med. Gral Int. [internet]. 2010 [citado 21 nov 2021]; 26(2)321-329. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n2/mgi12210.pdf>
 58. Perez F., Santelices M. Alianza Tríadica Familiar y Salud Mental Parental. Terapia Psic. [Internet]. 2017 [citado 21 nov 2021]; 35 (1). 23-33. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v35n1/art03.pdf>
 59. Chavarria A. Depresión: una enfermedad común en el adulto mayor. Revista médica de costa rica y centroamerica[Internet]. 2015 [citado 21 nov 2021]; LXXII (615) 427 – 429. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>
 60. Urresti R., Caballero F., Vasquez M., Ramirez J. La coherencia en el desarrollo humano y la salud integral. Redalyc. [Internet]. 2013 [citado 15 nov 2021]; 8 (1). 26-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4419/441942930004.pdf>
 61. Salud Sin Límites Perú. Aportes para la operativización del Modelo De Atención Integral De Salud Basado En Familia Y Comunidad En El Primer Nivel. Lima, Perú. 2012. [Internet]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>

62. Ministerio de Salud. Orientaciones para la atención integral de salud en la etapa de vida joven. Perú, Lima. 2016. [Internet]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3788.pdf>
63. Fadrique M. Enfermería en quirófano. 2015. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211095694.pdf>
64. Uranga A., Renteria S., González R. La práctica del valor del respeto en un grupo de quinto grado de educación primaria. Ra Ximhai [Internet]. 2016 [citado 22 feb 2022];12(6):187-204. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMssfRrPH2AhVPIbkGHadBBj4QFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F461%2F46148194012.pdf&usg=AOvVaw1I5dCjCXy7UVR5dWoIkbM5>
65. Mastrapa Y., Gibert M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Scielo. Vol 32 (4). 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-p03192016000400019&script=sci_arttext&tlng=pt
66. Potter P., Griffin P., Stockert P., hall A. Fundamentos de enfermería. 8ª edd. España. Elsevier. 2013.

ANEXOS

Apéndice 01



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con el nombre _____, y DNI N° _____. Declaro participar libremente previo a recibir información clara y precisa de los fines del proyecto de investigación “*Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliar en un centro de Salud de la Victoria 2019*” desarrollada por estudiantes de la Facultad Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, con el objetivo de brindar información a través de una entrevista respecto al tema a investigar, la cual será grabada por las investigadoras; observación en la visita integral familiar y revisión de los documentos de registro del cuidado familiar.

Asumiendo que la información obtenida será tratada y custodiada con respeto a mi intimidad y manteniendo mi anonimato, será solamente de conocimiento de las investigadoras y que el informe final de la investigación será publicado, sin mencionar los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirarme en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Atentamente

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL ENTREVISTADO



Apéndice N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERÍA



Guía de Entrevista

Profesional de Enfermería

I. INTRODUCCIÓN:

La presente entrevista está dirigida a las enfermeras que brindan atención a las familias, la cual tiene por objetivo recolectar la información para la investigación titulada “*Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de Salud de la Victoria 2019.*”

DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____

Edad: _____ tiempo de servicio en el C.S. : _____

Estudios de posgrado: especialidad _____ Maestría _____ Doctorado _____

II. PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

- ¿Cómo cuidó usted a la familia durante la visita domiciliaria en el año 2019?
- Agregue algo más sobre el cuidado a las familias durante la visita domiciliaria

Apéndice N° 03



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERÍA



Guía de entrevista

Dirigida al representante de la familia

I. INTRODUCCIÓN:

La presente entrevista está dirigida a una representante de la familia que reciben atención por parte del profesional de enfermería de un centro de salud del MINSA, la cual tiene por objetivo recolectar la información para la investigación titulada “*Cuidado enfermero a la familia durante la visita domiciliaria en un centro de Salud de la Victoria 2019.*”

DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Edad: _____

Grado de instrucción: _____

Tipo de familia: _____

Ciclo familiar: _____ Número de miembros: _____

II. PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

- Relate el cuidado que recibió por el profesional de enfermería a su familia durante la visita domiciliaria en el 2019.

Apéndice N° 04



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



OFICIO N°001-2019-UNPRG-F.E-LAMBAYEQUE

Lambayeque, 20 de junio de 2019

Sra. Lic. Dennie Rojas Marrique

ASUNTO: Solicito validez del contenido del instrumento.

Es grato dirigimos a Ud. para saludarla y a la vez manifestarle que estamos realizando nuestro proyecto de tesis titulado "Cuidado enfermero a las familias de un distrito de Lambayeque- 2020". Por tal motivo nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle la validación de nuestro instrumento, para lo cual le adjuntamos la guía de entrevista semiestructurada dirigida a la enfermera y madre de familia, guía de observación de visita domiciliaria y de análisis documental, así como el instrumento para recolectar opinión de expertos.

Agradeciendo la atención brindada al presente, me suscribo de Usted reiterando las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente,

Est. Enf. Tarrillo Ramos Lucia Elizabeth

Est. Enf. Torres Orozco Flor de Maria



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



OFICIO N°001-2019-UNPRG-F.E-LAMBAYEQUE

Lambayeque, 20 de junio de 2019

Sra. Ms. Sc. Rosario Clotilde Castro Aquino

ASUNTO: Solicito validez del contenido del instrumento.

Es grato dirigimos a Ud. para saludarla y a la vez manifestarle que estamos realizando nuestro proyecto de tesis titulado "Cuidado enfermero a las familias de un distrito de Lambayeque- 2020". Por tal motivo nos dirigimos a usted con el fin de solicitarle la validación de nuestro instrumento, para lo cual le adjuntamos la guía de entrevista semiestructurada dirigida a la enfermera y madre de familia, guía de observación de visita domiciliaria y de análisis documental, así como el instrumento para recolectar opinión de expertos.

Agradeciendo la atención brindada al presente, me suscribo de ^{Ud.} Usted reiterando las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente,

Est. Enf. Tarrillo Ramos Lucia Elizabeth

Est. Enf. Torres Orozco Flor de Maria